1903

Zogha

DES

LYMPHANGITES PÉRI-UTÉRINES

ET DE LA

PATHOGÉNIE DES SALPINGO-OVARITES

N° 9

DES

LYMPHANGITES PÉRI-UTÉRINES

ET DE LA

PATHOGÉNIE DES SALPINGO-OVARITES

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 6 Juin 1903

PAR

Jean N. ZOGHA

Né à Lamia (Grèce), le 22 Novembre 1877

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR D'UNIVERSITÉ

(MENTION MÉDECINE)

ACAD. LUGDUNENSIS BIBL.

MONTPELLIER

IMPRIMERIE DELORD-BOEHM ET MARTIAL

IMPRIMEURS DU MONTPELLIER MÉDICAL

1903

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. MAIRET (✻)..... DOYEN
FORGUE..... ASSESSEUR

PROFESSEURS :

Clinique médicale.....	MM. GRASSET (✻).
Clinique chirurgicale.....	TEDENAT.
Clinique obstétricale et Gynécologie.....	GRYNFELTT
— Charg. du Cours, M. PUECH.	
Thérapeutique et Matière médicale.....	HAMELIN (✻).
Clinique médicale.....	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses.....	MAIRET (✻).
Physique médicale.....	IMBERT.
Botanique et Histoire naturelle médicale.....	GRANEL.
Clinique chirurgicale.....	FORGUE.
Clinique ophtalmologique.....	TRUC.
Chimie médicale et Pharmacie.....	VILLE.
Physiologie.....	HEDON.
Histologie.....	VIALLETON.
Pathologie interne.....	DUCAMP.
Anatomie.....	GILIS.
Opérations et Appareils.....	ESTOR.
Microbiologie.....	RODET.
Médecine légale et Toxicologie.....	SARDA.
Clinique des maladies des enfants.....	BAUMEL.
Anatomie pathologique.....	BOSC.
Hygiène.....	BERTIN-SANS H.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.
Professeurs honoraires : MM. JAUMES, PAULET (O. ✻), BERTIN-SANS E. (O. ✻)

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Accouchements.....	MM. VALLOIS, agrégé.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées.....	BROUSSE, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards.....	VEDEL, agrégé.
Pathologie externe.....	IMBERT Léon, agrégé.
Pathologie générale.....	RAYMOND, agrégé.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM. BROUSSE.	MM. VALLOIS.	MM. L IMBERT.
RAUZIER.	MOURET.	VEDEL.
MOITESSIER.	GALAVIELLE.	JEANBRAU.
DE ROUVILLE.	RAYMOND.	POUJOL.
PUECH.	VIRES.	

M. H. GOT, *Secrétaire.*

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. TÉDENAT, Professeur, *Président.* | MM. PUECH, Agrégé.
GILIS, Professeur. | DE ROUVILLE, Agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

LE DOCTEUR N. I. ZOGHA

ET

A MA MÈRE

Ψυχῆς ἀγάπης καὶ ἀπείρου εὐγνωμοσύνης
τεκμήριον.

Dr ZOGHA.

A MA SŒUR ADORÉE

Éternelle affection.

A MON EXCELLENT AMI

MONSIEUR LE DOCTEUR GEORGES COTSAFTIS

VICE-CONSUL DE GRÈCE A MONTPELLIER

CHEVALIER DE L'ORDRE DU SAUVEUR DE LA GRÈCE

Témoignage d'affection et de reconnaissance.

Dr ZOGHA.

A MON ÉMINENT MAITRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR TÉDENAT

PRÉSIDENT DE MA THÈSE

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

Mon cher Maître,

Permettez-moi de vous dédier ce modeste travail. C'est sur vos conseils qu'il a été entrepris, sous votre bienveillante et haute direction qu'il a été continué. Puisse-t-il être digne de l'éminent maître qui l'a inspiré et de ses savantes leçons, et me faire mériter le grand honneur que vous m'accordez aujourd'hui en acceptant la présidence de cette thèse.

Dr ZOGHA.

MEIS ET AMICIS

Dr Zogha.

AVANT-PROPOS

Arrivé au terme de nos études médicales, nous ne pouvons nous défendre d'une certaine émotion en songeant que nous devons bientôt quitter la France.

Nous avons été si bien accueilli, aussi bien par nos excellents maîtres que par nos camarades français, que nous nous étions peu à peu habitué à considérer la France comme une seconde patrie.

Pendant les six années que nous avons passées dans les hôpitaux de Montpellier comme stagiaire, nous avons toujours rencontré auprès de nos maîtres la plus grande sympathie ; et nous sommes heureux de pouvoir les remercier ici de leurs excellents conseils et de leur bienveillant appui.

Que notre éminent maître, M. le professeur Tédenat, veuille bien nous permettre de dire ici, bien haut, tout ce que nous lui devons de reconnaissance pour l'accueil qu'il nous a fait dans son service, au début même de nos études, et pour les nombreuses preuves d'amitié qu'il nous a prodiguées depuis lors. Il a été pour nous plus qu'un maître. Il nous a stimulé dans nos études et s'est consacré à notre enseignement avec un dévouement vraiment paternel. Après nous avoir accueilli comme externe bénévole dans son service, et nous avoir ensuite attaché à sa personne, cet excellent maître nous a encore comblé en nous ouvrant de nou-

veau les portes de son service, pour y préparer la thèse qu'il nous a inspirée, et dont il nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence. Que ce maître bien-aimé veuille donc recevoir ici l'assurance de notre profonde reconnaissance et de notre dévouement. Le souvenir de pareils bienfaits ne s'effacera jamais de notre cœur.

Nous avons eu la chance de remplacer un externe du service de M. Tédenat alors que, pendant les vacances de l'année dernière, ce maître était suppléé par M. le professeur agrégé de Rouville, dont les conférences ont su nous inspirer l'amour de la chirurgie. Nous nous rappellerons toujours avec bonheur les heures que nous avons passées auprès de ce maître, qui a tous les droits à notre gratitude.

M. le professeur Gilis, pendant nos deux premières années de médecine, nous enseigna d'une façon très méthodique l'anatomie descriptive et topographique. Nous n'oublierons jamais l'enseignement précieux de cet excellent maître et nous lui adressons l'hommage de notre respectueuse gratitude.

Pendant notre stage à la Maternité nous eûmes la bonne fortune de pouvoir apprendre la pratique des accouchements sous la savante direction de M. le Dr Puech, professeur agrégé et accoucheur. Que ce maître, dont nous nous rappellerons les leçons utiles, veuille bien recevoir l'assurance de nos sincères remercîments. Nous ne saurions oublier non plus son sympathique chef de clinique, et notre ami, M. le Dr Reynès, pour son extrême obligeance et pour la sympathie qu'il a bien voulu nous témoigner.

Nous eûmes, enfin, l'honneur d'être l'élève de MM. Grasset, professeur de clinique médicale, et Rauzier, professeur agrégé. Nous avons rencontré auprès de ces éminents

cliniciens une bonté et une bienveillance inépuisables. Auprès d'eux, nous avons appris à examiner les malades et à les approfondir, à faire le diagnostic différentiel entre telle ou telle maladie. Nous sommes heureux d'adresser à ces maîtres l'hommage de notre très profonde et respectueuse reconnaissance.

Nous serions ingrat, si nous ne saisissions avec empressement l'occasion qui s'offre à nous de témoigner ici, à notre ami Soubeyran, chef de clinique dans le service de M. le professeur Tédenat, toute notre reconnaissance pour les nombreuses preuves d'amitié qu'il nous a données et pour la générosité avec laquelle il a mis à notre disposition ses connaissances en gynécologie.

Ce n'est pas sans regrets que nous nous séparons des camarades au milieu de qui nous avons vécu notre vie d'étudiant, nous les remercions de l'affection et de la sympathie qu'ils nous ont toujours témoignées.

Dr Zogha.

INTRODUCTION

Les phlegmasies péri-utérines, qui font l'objet de notre thèse inaugurale, doivent être, au point de vue pratique, divisées en deux grandes classes ; celles qui intéressent le chirurgien, et celles qui sont du domaine plus spécial de l'accoucheur.

Les premières sont ordinairement des lésions inflammatoires subaiguës ou chroniques cantonnées dans la trompe, l'ovaire, les lymphatiques, le tissu péri-utérin et consécutivement dans le péritoine. Les secondes sont des lésions essentiellement aiguës : ce sont la pelvipéritonite primitive (défendue naguère par le Dr Reclus), le phlegmon du ligament large et la cellulite pelvienne. C'est cet ensemble qui a pris le nom de « petite infection », alors que le nom de « grande infection » à été réservé à la péritonite puerpérale généralisée, à la pyohémie et à la septicémie puerpérale.

Ne voulant pas empiéter sur le domaine de l'obstétrique, nous ne nous occuperons que des lésions qui intéressent exclusivement le chirurgien, et nous mettrons en lumière le rôle important que jouent les lymphatiques dans la production de ces lésions.

Deux raisons nous ont poussé à entreprendre cette étude. La première, c'est que, malgré les importants travaux publiés sur ce sujet par des auteurs d'une grande compétence, l accord n'est pas encore fait sur la pathogénie de ces lésions, les uns attribuant leur production à la voie muqueuse, les autres à la voie lymphatique.

Incontestablement la voie muqueuse joue un très grand rôle dans les inflammations circum-utérines ; les endosalpingites occupent une place importante parmi ces lésions. Mais à côté de celles-ci, nous insisterons sur la possibilité et la fréquence de la propagation des germes par la voie lymphatique et sur l'existence des lymphangites péri-utérines sans lésions annexielles, suivant ainsi l'heureuse inspiration de notre maître, M. le professeur Tédenat.

La seconde raison qui nous a fait aborder ce sujet, est de lui donner la sanction d'un débat qu'il n'a pas eue, croyons-nous, jusqu'ici dans cette Faculté.

L'ordre que nous avons suivi dans la rédaction de notre ouvrage est le suivant :

Chapitre I. — Historique.

Chapitre II. — Anatomie des organes génitaux de la femme.

Chapitre III. — Anatomie pathologique et pathogénie.

Première partie : Anatomie pathologique et pathogénie des lymphangites péri-utérines.

Deuxième partie : Anatomie pathologique et pathogénie des salpingo-ovarites.

Chapitre IV. — Etiologie des lymphangites péri-utérines.

Chapitre V. — Symptomatologie.

Chapitre VI — Diagnostic.

Chapitre VII.— Pronostic des lymphangites péri-utérines.

Chapitre VIII. — Complications.

Chapitre IX. — Traitement.

Chapitre X. — Observations.

CONCLUSIONS.

DES

LYMPHANGITES PÉRI-UTÉRINES

ET DE LA

PATHOGÉNIE DES SALPINGO-OVARITES

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

La fréquence des lésions inflammatoires développées au voisinage de l'utérus est un fait qui ressort de l'observation journalière des gynécologues.

Depuis longtemps déjà, les gynécologues discutent la question des inflammations circum-utérines sans jamais pouvoir bien s'entendre. La plus grande obscurité a régné jusqu'à une époque récente sur ce qui touche aux causes de l'inflammation péri-utérine, et plus particulièrement aux tissus atteints.

Grisolle, le premier (1839), colligea les observations éparses dans les annales de la science et fit rentrer ces affections dans le cadre des abcès de la fosse iliaque.

Bourdon (1841), élève de Récamier, dans son *Etude sur les tumeurs fluctuantes du bassin*, démontra que les tuméfactions péri-utérines n'adhèrent pas à l'utérus.

Nonat (1832) admet dans sa thèse, la lymphangite à la suite de métrite, surtout de métrite du col infiltrée de pus. Plus tard[1], ce même auteur, étudiant le phlegmon péri-utérin, aboutit à cette conclusion : « Les tumeurs péri-utérines con-

[1] Nonat. — *Gazette des Hôpitaux*, 1850.

sistent toujours en une inflammation de l'atmosphère celluleuse sous-péritonéale qui enveloppe cet organe ».

Martin le jeune[1] admet une origine non puerpérale au phlegmon péri-utérin, mais croit que l'accouchement en est la cause principale.

Boyer Joseph[2] soutient sa thèse sur le *Phlegmon du ligament large*. Il fait remarquer que ce phlegmon, qui n'a été décrit qu'à l'état aigu, peut aussi se présenter sous la forme subaiguë et chronique.

Eleuthère Martin[3] l'étudie à l'état subaigu et chronique et le place tout autour de l'utérus ; il admet comme cause tout ce qui peut amener la congestion utérine, et en explique ainsi la présence chez la femme nullipare et chez la vierge.

Aran[4], dont l'autorité en la matière est incontestable, désigna sous le nom d'inflammations péri-utérines des phlegmons péri-utérins dus à l'accouchement ou à l'avortement, ou bien encore déterminés par des lésions de l'ovaire ou de la trompe. Bernutz voyait de la pelvipéritonite partout. Aran montra que cette théorie était trop absolue.

Bernutz et Goupil[5], dans leurs recherches cliniques sur les phlegmons péri-utérins, démontrent que ce phlegmon n'existe pas, et que ce que l'on a décrit sous ce nom n'est que de la pelvipéritonite ; ils n'admettent le phlegmon du ligament large que dans l'état puerpéral, et insistent sur le diagnostic différentiel.

Gallard[6], à l'instigation de son maître Valleix, qui venait

---

[1] Martin le jeune. — *Mémoire de Méd. et de Chir. de Paris.* Paris, 1835.

[2] Boyer. — Thèse de Paris, 1848, n° 10.

[3] Eleuthère Martin. — Thèse de Paris, 1851.

[4] Aran. — Maladies de l'utérus, 1858.

[5] Bermutz et Goupil. — Maladies des femmes, 1860.

[6] Gallard. — De l'inflammation du tissu cellulaire qui entoure la matrice, 1855.

de publier ses études sur l'inflammation du tissu cellulaire péri-utérin et en particulier du phlegmon rétro-utérin, se range franchement dans sa thèse inaugurale à l'opinion de Nonat.

C'est au milieu de cette confusion que Virchow[1] créa les termes de paramétrite pour indiquer l'inflammation du tissu cellulaire qui entoure l'utérus, et de périmétrite pour indiquer les inflammations du péritoine pelvien péri-utérin.

Mathews Duncan[2] épouse les idées de Virchow et base sur elles son ouvrage sur les inflammations pelviennes. Dès lors, les auteurs anglais et allemands admettent, en général, ces deux termes de paramétrite et de périmétrite, en en modifiant parfois la signification primitive.

Guéneau de Mussy avait remarqué la fréquence à gauche des phlegmons consécutifs aux déchirures du col de ce côté dans la position OIGA, et pour les expliquer, il fit entrer en ligne l'inflammation des lymphatiques.

Courty[3] décrit dans le même chapitre le phlegmon du ligament large, la pelvipéritonite de Bernutz. Il admet comme étiologie du phlegmon du ligament large la phlébite. Pourtant, il pense que la phlébite peut quelquefois être le résultat du phlegmon.

Donc, en synthétisant, nous nous trouvons en présence de trois principales théories :

a) Phlegmon péri-utérin de Nonat.

b) Pelvipéritonite de Bernutz.

c) Lymphangite de Guéneau de Mussy.

Le monde médical s'était divisé en trois écoles. Chaque

---

[1] Virchow. — Archives, 1862.

[2] Matheæs Duncan. — Gaz. London, 1879.

[3] Courty. — Traité pratique des maladies de l'utérus, 1870.

théorie avait d'ardents défenseurs ; la troisième théorie, celle de lymphangite, sembla concilier les deux autres.

Les remarquables travaux de Lucas-Championnière [1], Siredey [2], Guérin [3], Martineau [4], amenèrent ce résultat. L inflammation des vaisseaux et des ganglions lymphatiques joue, en effet, un grand rôle dans la pathogénie des affections péri-utérines ; mais le clinicien a-t-il toujours à lutter contre une affection des lymphatiques, de ces vaisseaux qui tiennent une si grande place dans la structure anatomique de l'utérus? « L'inflammation, dit de Sinety, n'envahit pas toujours les lymphatiques ou les ganglions ; elle peut se localiser dans le tissu conjonctif. Le processus inflammatoire limité soit au tissu cellulaire circum-utérin, soit aux ligaments larges, soit à la cavité péritonéale, donnera lieu, suivant le cas, à un ensemble de phénomènes morbides essentiellement différents et présentant des indications thérapeutiques également différentes. Enfin, ces trois variétés sont fréquemment associées entre elles. »

C'est à Lucas-Championnière que revient l'honneur d'avoir donné, dans sa thèse inaugurale, une description magistrale de cette question. Il démontre clairement l'existence de la lymphangite après les couches et l'admet aussi en dehors de l'état puerpéral. En parlant des tumeurs formées au-dessus des culs-de-sac latéraux, il dit qu'il faut se rappeler, en outre, que, dans les points où se développent ces tumeurs, se trouvent des groupes lymphatiques ; que, précisément, au-dessus de ces culs-de-sac, il a trouvé des ganglions. En 1875, ce même auteur revient sur la première description

---

[1] Lucas Championnière. — Thèse de Paris, 1870. Archives de tocologie, 1875.

[2] Siredey. — Thèse de Paris, 1860.

[3] Guérin. — France médicale, 1876.

[4] Martineau. — Archives de tocologie, 1884.

des lymphatiques de la région, en ajoutant que ceux-ci jouent un rôle capital dans les maladies utérines. Dans l'état de vacuité, dit-il, il n'a pu observer la purulence des lymphatiques, mais la symptomatologie lui permet d'affirmer la lymphangite.

Alphonse Guérin [1] donne une description magistrale de l'adéno-lymphite, description appuyée de faits anatomo-pathologiques, les seuls que nous possédions.

Fiouppe [2] note, dans sa thèse, la coïncidence du phlegmon diffus du tissu cellulaire avec la lymphangite. Auger termine sa thèse en faisant remarquer que, dans toutes les observations qu'il a analysées, toujours la lymphangite coïncide avec l'inflammation du tissu cellulaire ; et qu'il a démontré que les partisans de la phlébite n'avaient publié que des cas de lymphangite. Aussi, croit-il légitime de conclure de ces considérations que c'est à la lymphangite péri-utérine qu'il faut attribuer les lésions du tissu cellulaire pelvien, dans tous les cas décrits par les auteurs sous le nom de phlegmon du ligament large.

Délort [3] termine sa thèse en concluant que l'adéno-lymphite est le point de départ de phlegmons qui ont souvent été pris pour des phlegmons du ligament large.

Avec l'année 1881, nous voyons paraître le *Traité pratique des maladies de l'utérus*, de Courty, qui rattache la pelvi-cellulite à la métrite. La même année, dans les *Annales de Gynécologie*, ce même auteur dit qu'aujourd'hui il a tellement la certitude que l'adénite et l'angioleucite sont les conséquences d'une endométrite ulcéreuse, que, lorsqu'il constate chez une malade ayant le col indemne et l'utérus

---

[1] Alph Guérin. — Bull. de l'Ac. de Méd. 1887.

[2] Fiouppe. — Thèse de Paris, 1876.

[3] Délort. — Thèse de Paris, 1879.

sain en apparence, une adénite rétro ou latéro-utérine, il en conclut à l'existence d'une endométrite ulcéreuse et qu'il ne se trompe pas ; le cathétérisme, en ramenant une goutte de pus, quelques gouttes de sang, provoquant un peu de douleur, en donne aussitôt la preuve.

Carreau [1], de New-York, en parlant de ce dernier travail, dit que le Dr Courty a bien décrit une affection appelée « Adénite péri-utérine », et que, se sentant fort d'une pareille autorité, il s'avance à rapporter quelques cas, qu'il appellera « Adénites et angioleucites pelviennes ».

De Sinety [2] a fait une excellente leçon sur l inflammation péri-utérine. Il compare ce qui se passe dans les tumeurs bénignes circum-utérines à ce qu'on rencontre journellement dans d'autres régions à tissu conjonctif lâche. C'est ainsi que, selon sa comparaison, une fluxion consécutive à une carie dentaire amène une tuméfaction considérable de la joue, dont on ne trouve souvent plus de traces au bout de quarante-huit heures. Dans ces conditions, les ganglions du voisinage subissent fréquemment l'influence de l'état phlegmasique, mais leur rôle n'est que secondaire, le gonflement étant principalement dû à une sorte d'œdème inflammatoire du tissu conjonctif.

Martineau [3], au Congrès de Copenhague de 1884, disait que l'adéno-lymphite utérine est liée à l'inflammation utérine ; que la métrite aiguë ou chronique ne peut exister sans que le système lymphatique utérin et péri-utérin participe à l'inflammation du tissu utérin. Pour lui, l'adéno-lymphite utérine est l'origine des accidents inflammatoires dits péri-utérins, tels que phlegmons des ligaments larges, phlegmons péri-utérins, la périmétrite, la pelvipéritonite.

---

[1] Carreau. — The medical Record, 1881. New-York.

[2] De Sinety. — Progrès Médical, Nos 31 et 32, 1882.

[3] Martineau. — Archives de Tocologie, 1884.

Alphonse Guérin [1] combat, à l'Académie de Médecine, le phlegmon du ligament large. Pour lui, c'est de l'adénophlegmon juxta-pubien. Il dit que la marche de la maladie démontre qu'elle provient des lymphatiques qui couvrent la surface du col utérin, et qu'elle se propage au tissu cellulaire et aux ganglions sous-pubiens, qui sont l'aboutissant de ces lymphatiques. Cinq mois plus tard, à l'Académie de Médecine, Hervieux [2] dit qu'il ne sait pas si c'est par la lymphangite qu'il faut expliquer le phlegmon juxta-pubien, mais que les considérations qui précèdent l'autorisent à penser que l'inflammation des veines est une cause très fréquente du phlegmon du ligament large.

Walton [3] présente à l'Académie Royale de médecine de Belgique un mémoire important. Il admet l'absorption des matières septiques par les lymphatiques comme cause prédisposante de la cellulite et de la pelvipéritonite, mais pendant l'état puerpéral seulement. En dehors de la puerpéralité, il croit à la propagation par les trompes.

Poullet [4], de Lyon, parle d'un certain nombre de cas de paramétrite qu'il a traités par la dilatation et le curettage de l'utérus. En 1889, Cantin [5] a consacré un travail assez intéressant aux lymphangites péri-utérines en dehors de l'état puerpéral.

Poirier [6] a décrit très minutieusement les lymphatiques de l'utérus. Il attribue à l'inflammation des lymphatiques les adhérences qui se forment autour de l'utérus. « Les adhérences, dit-il, allant de la trompe ou de la face postérieure

---

[1] A. Guérin. — Bull. de l'Ac. de méd., 1887.

[2] Hervieux. — Bull. de l'Ac. de méd., 1887.

[3] Walton. — Acad. Roy. de méd. de Belgique 1887.

[4] Poullet. — Société méd. de Lyon, 1888.

[5] Cantin. — Thèse de Paris, 1889.

[6] Poirier. — Progrès médical, 1889 et 1890.

de l'utérus à l'ovaire, à la paroi pelvienne ou au rectum sont de beaucoup plus fréquentes que les adhérences antérieures. Si l'on veut bien se rappeler que la couche sous-endothéliale du péritoine utérin présente un très riche réseau lymphatique en communication avec les lymphatiques profonds de l'organe, on ne sera pas surpris de la fréquence des adhérences, étant donné qu'il n'est guère de femme n'ayant pas subi, au cours de sa vie génitale, quelque inflammation intra-utérine ».

Pierre Delbet [1] dit que l'origine septique de la plupart des métrites étant communément acceptée, comment peut-on se refuser à admettre que les accidents qu'on voit si souvent se développer autour des plaies, ne puissent se développer autour de l'utérus infecté ? Il y a d'un côté, dit-il, la plaie suppurante, de l'autre le tissu cellulaire et les ganglions ; entre les deux, les lymphatiques si nombreux, si abondants, que nulle part ailleurs peut-être on n'en trouve davantage ; par suite de quelles dérogations à toutes les règles connues, les microbes s'arrêteraient ils net à l'entrée de ces lymphatiques, alors que partout ailleurs ils y pénètrent avec une si désespérante facilité ?

Macquart-Moulin [2] défend, dans sa thèse, les idées de son maître Terrillon, qui n'admet pas l'adéno-phlegmon de A. Guérin. Pour lui, le plastron abdominal est dû aux adhérences des annexes et de l'épiploon adhérant à la paroi, et non à l'adéno-phlegmon. Terrillon admet la propagation par la voie muqueuse.

En 1895, Reymond [3] étudie, dans un excellent travail sur l'anatomie pathologique et la bactériologie des Salpingo-

---

[1] P. Delbet. — Des suppurations pelviennes chez la femme, 1891.

[2] Macquart-Moulin. — Thèse de Paris, 1892.

[3] Reymond. — Thèse de Paris, 1895.

ovarites, la pathogénie des annexites ; la voie de transmission infectieuse, d'après lui, varie avec les microbes ; le streptocoque envahit les annexes par les vaisseaux lymphatiques, le gonocoque pénètre dans les trompes en suivant la lumière de la trompe.

Depuis, un grand nombre de thèses ont paru sur les lymphangites de l'utérus. Nous avons lu avec beaucoup d'intérêt les thèses de Hussenstein, Yordanoff, Mauger, Danopoulos, Marcille, etc., etc., et nous aurons l'occasion de les mentionner souvent au cours de ce travail.

Au dernier Congrès de gynécologie et d'obstétrique tenu à Rome (1902), Jonnesco [1] (de Bucarest) reprend l'étude des lymphatiques utérins, à propos de l'extension du cancer utérin et de son traitement. Nous résumons ses principales conclusions dans le chapitre d'anatomie.

Parmi les gynécologues français actuels, il y en a, et parmi ces derniers M. Pozzi [2], qui prétendent que l'inflammation du tissu cellulaire péri-utérin et du péritoine est toujours secondaire à une lésion des trompes, qu'elle se propage par continuité des tissus, qu'il y a toujours salpingite avant la paramétrite. Nous empruntons le passage suivant au traité de gynécologie de M. Pozzi : « Au début même des débats contradictoires qui partageaient la majorité des gynécologues, une théorie s'était fait jour tardivement, et faute de démonstration suffisante n'avait pas reçu l'accueil qu'elle méritait. Aran qui, le premier, a eu une vue nette de l'importance extrême de l'ovaire et de la trompe en pathologie utérine, devança, on peut le dire, son époque, en subordonnant franchement la pelvi-péritonite à l'inflammation des annexes de la matrice. Il indiqua nettement que

---

[1] Jonnesco. — Presse médicale, 4 oct. 1902. (Congrès de Rome).

[2] Pozzi. — Traité de gynécologie.

celles-ci formaient toujours le foyer central autour duquel pus et fausses membranes s'amassent.. « Pour ma part, continue ce gynécologue parisien, je me rallie franchement à la doctrine d'Aran. Les faits que j'ai observés me démontrent que presque toutes les inflammations péri et para-utérines ne sont que des salpingites et des périsalpingites. »

Or, nous allons nous efforcer de démontrer, par ce qui suit, qu'il peut exister des lésions inflammatoires chroniques et aiguës du tissu cellulaire, des ligaments péri-utérins et surtout des lymphatiques péri-utérins avec leurs ganglions, sans lésions des annexes.

CHAPITRE II

ANATOMIE

Vaisseaux et ganglions lymphatiques des organes génitaux de la femme

Les lymphatiques des organes génitaux de la femme, particulièrement ceux de l'utérus et de ses ligaments, ont joué depuis ces derniers temps un grand rôle pour l'explication de la pathogénie des affections inflammatoires du petit bassin, de même que pour la pathogénie de certaines formes de fièvres graves désignées sous le nom de fièvre puerpérale ; aussi ont-ils été étudiés très minutieusement par un certain nombre d'auteurs, parmi lesquels nous citerons, surtout depuis 1870, Lucas-Championnière, Fridolin, Fiouppe, Poirier, Peiser et Marcille. Mais déjà avant ces anatomistes Nück avait vu les lymphatiques de l'utérus et de ses annexes chez certains mammifères ; Méry les vit sur la femme, de même que Morgagni et Winsolow. Plus tard, Cruikshank les étudiait plus complètement encore et les observait même sur des utérus en état de vacuité. En 1787, Mascagni montrait, dans une remarquable planche de son iconographie, l'admirable réseau sous-séreux de l'utérus gravide. Enfin, Cruveilhier fit une étude des lymphatiques utérins qui fut complétée par les travaux que nous avons signalés plus haut. Sappey, dont on connaît les recherches patientes sur les lymphatiques en général, a, aussi, bien étudié les vaisseaux blancs de la matrice. Mais c'est à Poirier, incontestablement,

que revient l'honneur d'avoir donné une description minutieuse de ces vaisseaux, après les avoir injectés et puis disséqués sur plus de 300 sujets de tout âge.

I. Lymphatiques de l'utérus

Les lymphatiques de l'utérus ainsi que leurs ganglions ont été surtout bien étudiés dans ces derniers temps par Poirier, Peiser (1898), Jonnesco, et Marcille (thèse de Paris, 1902).

1° **Origines.** — Les lymphatiques de l'utérus se divisent en 3 groupes : ceux qui naissent de la couche muqueuse, ceux qui naissent de la couche musculaire et enfin les lymphatiques superficiels ou lymphatiques du péritoine utérin. Ces trois groupes s'anastomosent entre eux dans toutes les parties de l'organe.

Les lymphatiques de la *muqueuse* du corps forment un réseau d'une fragilité extrême. Léopold (de Leipzig), Fiouppe, Fridolin, de Sinéty et quelques autres auteurs, à cause précisément de cette fragilité, pensaient que ce réseau était représenté par des lacunes ou vides lymphatiques constitués par des trabécules tapissées d'endothélium et entourant les vaisseaux et les culs-de-sac glandulaires ; d'après ces mêmes auteurs, on pourrait considérer la muqueuse utérine comme un grand ganglion étalé en surface, traversé par des vaisseaux sanguins et des glandes, privé de follicules lymphatiques, mais composé d'espaces ou vides revêtus de cellules endothéliales ; la lymphe ne serait séparée des vaisseaux que par des gaines d'endothélium. C'est à Sappey, et plus tard à Poirier, que revient l'honneur d'avoir démontré par des injections des vaisseaux que les assertions de Léopold et Fiouppe étaient fausses et que le réseau lymphatique de la muqueuse n'était pas représenté par des lacunes, mais bien par des vaisseaux cylindriques.

Il n'en est pas de même des lymphatiques de la muqueuse du col ; celle-ci, plus dense, loge des lymphatiques plus résistants. Pour les observer, dit M. Sappey, on incise la paroi antérieure du col, et, après avoir écarté largement les deux bords de l'incision, on dirige la pointe du tube sur la colonne médiane de sa paroi postérieure. Lorsque l'opération réussit, le réseau lymphatique de la muqueuse apparaît instantanément sur toute la longueur de la muqueuse du col, se continuant inférieurement avec celui de la muqueuse du museau de tanche : ce réseau est d'une incomparable richesse.

Le système lymphatique de la *musculeuse* est disposé sur trois plans ; un premier plan, celui de la couche musculaire interne, est constitué par des vaisseaux cylindriques et à direction transversale ; ils sont situés dans l'intervalle des bandelettes musculaires et réunissent l'espace lymphatique sous-muqueux avec les lymphatiques de la couche moyenne. Le deuxième plan comprend des lymphatiques munis de valvules, tortueux, destinés à déverser la lymphe dans les gros vaisseaux des ligaments larges. Enfin le troisième plan, celui de la musculaire superficielle, fait communiquer entre eux les lymphatiques sous-péritonéaux et les gros troncs de la couche moyenne ; les vaisseaux sont situés longitudinalement entre les faisceaux musculaires lisses. En dehors des vaisseaux lymphatiques il existerait, d'après Léopold, dans la tunique musculeuse, des voies périvasculaires.

Les lymphatiques de la couche *séreuse* sont bien plus faciles à voir et à injecter que les précédents. Ils ont été décrits exactement par les anciens, puis, avant Lucas-Championnière, par Duplay et Botrel. D'après Poirier ils forment deux réseaux : le réseau sous-séreux, composé par les gros troncs qui sortent de l'organe, et le réseau super-

ficiel sous-endothélial, démontré par cet auteur, et formé par des capillaires extrêmement fins. La communication entre ce réseau superficiel et les lymphatiques profonds est fréquente. Le réseau profond est admis par tout le monde ; quant au réseau superficiel, certains auteurs ne l'admettent pas. Voici d'ailleurs l'opinion de chacun. Pour Poirier le réseau superficiel, qu'il désigne sous le nom de réseau du péritoine utérin, existe sur toute la partie de l'utérus qui est recouverte par le péritoine, en avant, en arrière et sur le fond ; en dehors il se continue avec le péritoine qui revêt les trompes dans toute leur étendue ; sur les côtés il cesse à quelques millimètres des bords de l'utérus.

Lucas Championnière décrit les lymphatiques superficiels dans les termes suivants : « partis des parois utérines, les vaisseaux du corps ont une disposition assez différente de celle des vaisseaux sanguins ; ils se dirigent exactement vers la surface externe de l'utérus, et rampent alors en se dirigeant vers les angles de l'utérus ; ils sont dans ce trajet sous-péritonéaux ou séparés du péritoine par une mince couche de tissu musculaire, de telle sorte qu'on aperçoit parfaitement par transparence leur couleur jaunâtre lorsqu'ils sont remplis de pus. »

C'est bien là la description des gros troncs sous-séreux. Ces lymphatiques ne sont pas davantage ceux que Fridolin et Léopold ont décrits sous le nom de lymphatiques de la couche sous-séreuse. Sappey n'admet pas, comme on sait, les lymphatiques des membranes séreuses ; il pense que les lymphatiques qu'on y rencontre en certains points appartiennent en réalité aux organes sous-jacents, et que là où les séreuses ne recouvrent aucun organe, elles ne présentent point de vaisseaux de cet ordre.

Mierzewsky a vu en partie les lymphatiques superficiels

de la séreuse. Dans ses recherches, il signale des lymphatiques séreux ou plus justement des anses séreuses qui dessinent, dans la séreuse utérine, un réseau assez mal délimité, à larges mailles fort irrégulières ou seulement des séries d'anses partant des vaisseaux sous-séreux. Il insiste sur la finesse de leur calibre et leur situation très superficielle.

Poirier, qui a décrit le réseau superficiel, donne l'explication suivante : d'après lui, rien n'est plus fréquent que de rencontrer des utérus adhérant aux organes voisins par des adhérences larges, minces, transparentes. Ces adhérences, dit l'éminent anatomiste parisien, sont revêtues d'une couche endothéliale que la nitratation met facilement en évidence Or, toutes les fois que l'on injecte les lymphatiques superficiels de l'utérus, on voit le mercure envahir les adhérences, qui paraissent essentiellement formées par un magnifique réseau de capillaires lymphatiques ; et ces capillaires, pour qu'on ne puisse mettre en doute leur nature, vont se rendre dans les gros troncs lymphatiques et jusqu'aux ganglions voisins. Qui ne voit déjà l'importance de ce réseau pour le retentissement des inflammations de l'utérus du côté de la séreuse qui enveloppe son corps.

Tels sont les lymphatiques de l'utérus à leur origine dans ses différentes couches ; nous allons maintenant les prendre à leur émergence et les suivre jusqu'aux ganglions dans lesquels ils se rendent.

2° **Troncs efférents**. — Les lymphatiques nés de réseaux musculaires et muqueux de l'utérus apparaissent en troncs plus ou moins gros sur toute la périphérie de l'organe ; rien n'est plus intéressant, dit Poirier, que de les voir sourdre et se dégager de la profondeur de l'organe pour cheminer dans le tissu cellulaire qui l'entoure. Ils s'anastomosent fré-

quemment entre eux et forment autour de l'organe de nombreux anneaux lymphatiques; mais leur disposition, leur trajet, et leurs terminaisons varient suivant les points de l'organe d'où ils émanent, du col ou du corps.

A. Lymphatiques du col. — Les auteurs ont décrit les lymphatiques du col chacun à sa façon.

Pour Poirier ils apparaissent sur toute la périphérie du col, où ils s'anastomosent pour former des vaisseaux de plus en plus gros et qui convergent vers les parties latérales du col. Là ils se réunissent pour former de chaque côté deux ou trois gros troncs lymphatiques qui se placent autour des vaisseaux utérins et se dirigent avec ceux-ci transversalement en dehors, en passant derrière l'uretère. Ils gagnent la paroi latérale du bassin ; ils se jettent dans les ganglions lymphatiques situés dans l'angle de bifurcation de l'artère iliaque primitive. Ces ganglions, au nombre de deux ou trois, dont le plus élevé et le plus gros occupe le sommet de l'angle de bifurcation, les deux autres, de volume moindre, sont placés en avant de l'artère hypogastrique. Le ganglion qui reçoit les lymphatiques de la portion moyenne du vagin fait suite aux précédents. Donc ces ganglions peuvent être sentis par un toucher vaginal ou rectal intentionnellement dirigé en haut et en dehors vers les parois de l'excavation pelvienne. Toujours d'après Poirier, à leur sortie du col, les vaisseaux lymphatiques forment un plexus plus ou moins volumineux immédiatement au-dessus et en arrière du cul-de-sac vaginal latéral, surtout très prononcé et normal chez l'enfant.

Pour Marcille (Thèse de Paris 1902), les lymphatiques du col émergent de chaque côté et se réunissent en deux pédicules : 1° *Le pédicule postérieur* comprend deux ou trois troncs qui se portent directement en dehors en passant en avant de l'uretère. Il se termine dans les ganglions moyens

et supérieurs de la chaîne moyenne du groupe iliaque externe. Sur leur trajet au niveau du croisement urétéral, on peut trouver un nodule ganglionnaire. Marcille signale aussi l'existence d'un ganglion juxta-cervical et de petits ganglions au niveau du cul-de-sac du vagin. 2° *Le pédicule transversal* rétro et sous-urétéral est formé de vaisseaux qui se rendent les uns aux ganglions placés le long des troncs viscéraux de l'hypogastrique, dans la palmure que forment ces vaisseaux, les autres aux ganglions sacrés latéraux (en regard du deuxième trou sacré), après avoir cheminé le long du plancher musculaire du pelvis, sur les côtés du rectum et sur la face antérieure du sacrum ; d'autres enfin vont aux ganglions du promontoire.

Lucas-Championnière a décrit, dans sa thèse, un ganglion placé sur le côté et en arrière du col au-dessus du cul-de-sac vaginal latéral. Depuis, nombre d'anatomistes, parmi lesquels Poirier, ont cherché ce ganglion et ne l'ont pas trouvé. Cependant Sappey, Reygnier et récemment Marcille admettent son existence.

D'après Cruveilhier, Alph. Guérin et Lebec, quelques absorbants cervicaux se portent transversalement en dehors et se jettent dans un ganglion obturateur ou juxta-pubien. Poirier ne l'a rencontré qu'une fois dans un cas qu'il a présenté à la Société anatomique.

Suivant Peiser, Sappey et Rieffel, la plupart des vaisseaux cervicaux remontent devant le sacrum et se terminent dans les ganglions pelviens intermédiaires au rectum et aux vaisseaux iliaques internes (ganglions sacrés latéraux de Riefel).

De nombreux vaisseaux lymphatiques, en partant du col, cheminent dans l'épaisseur des ligaments utéro-sacrés pour aller s'anastomoser avec les lymphatiques du rectum. Il y a communication du réseau utérin avec le réseau vasculaire du

rectum, d'où la possibilité d'une infection se propageant de l'utérus au rectum et réciproquement.

B. Lymphatiques du Corps. — Les lymphatiques nés du corps et du fond de l utérus apparaissent à la superficie de l'organe dans le tissu qui le relie au péritoine ; on voit leurs gros troncs soulevant la séreuse péritonéale tant sur la face antérieure que postérieure convergeant vers les angles de l'organe. Championnière a décrit un remarquable réseau lymphatique situé à ce niveau entre la partie interne de la trompe et le ligament de l'ovaire. Nous verrons quelle est son importance à propos des abcès de l'utérus.

Les lymphatiques du corps forment, d'après Marcille, trois pédicules : un *principal*, dont les vaisseaux partis de la corne utérine suivent les vaisseaux spermatiques internes et se jettent dans les ganglions juxta aortiques, un peu au-dessous du hile du rein, et *deux pédicules accessoires* dont l'un va aux ganglions externes, l'autre aux ganglions inguinaux superficiels en suivant le ligament rond. Tous les auteurs, en particulier, Sappey, Poirier, Bruhns, sont d'accord sur ce point. Cependant nous ferons remarquer que les lymphatiques qui suivent le ligament rond ne sont pas constants, en tous cas ils sont très peu abondants et très fins. C'est Pierre Delbet qui, le premier, a rapporté à la Société Anatomique, le 7 décembre 1888, une observation clinique qui démontre l'existence de cette nouvelle voie. Mascagni les connaissait déjà. C'est par hasard que Poirier les a retrouvés : « J'ignorais, dit-il [1], l'existence de ces lymphatiques dont les classiques ne font pas mention, lorsqu'un jour, en injectant les lymphatiques de l'utérus sur un enfant de quelques mois, je vis avec surprise un fin vaisseau se

[1] Progrès médical, 1889 Nos 43, 44, 45, 51.

dessiner sur le ligament rond et le suivre jusque dans l'orifice interne du canal inguinal ; une autre fois le mercure prit la même voie des deux côtés et gagna par le canal inguinal, en suivant toujours le ligament rond, un ganglion de l'aine. La connaissance de ce petit groupe de lymphatiques utérins rend bien compte de ces faits, dans lesquels Cruveilhier et d'autres ont noté l'engorgement des ganglions inguinaux dans certaines affections utérines. Poirier, dans un cas de cancer mélanique de l'utérus, a constaté en même temps que des ganglions iliaques et lombaires dégénérés, à droite et à gauche un ganglion inguinal tuméfié et noirâtre. Sappey ne fait aucune mention de ce groupe lymphatique.

Nous avons dit plus haut que le pédicule principal se rendait aux ganglions lombaires juxta-aortiques. Etudions maintenant les particularités qu'il présente dans ce trajet. Dans ces derniers temps, on a tant parlé de la propagation des inflammations de l'utérus aux annexes par la voie lymphatique qu'il importe de bien préciser ce trajet.

Ce pédicule, constitué par deux ou trois vaisseaux lymphatiques de un à deux mm. de diamètre, est situé dans l'épaisseur du bord supérieur du ligament large au fond du sillon que forment l'aileron de la trompe et l'aileron ovarien, par conséquent plus rapproché de l'ovaire que de la trompe logée dans l'aileron moyen plus haut et plus mobile. Le pédicule reçoit deux ou trois troncs lymphatiques de la trompe.

Voyons maintenant quelles sont les connexions que présente ce pédicule avec l'ovaire.

Pour Sappey, les vaisseaux constituant le pédicule principal forment un *petit plexus sous-ovarique* en passant sous l'ovaire. Pour Poirier, en passant sous le hile de l'ovaire ils entrent en contact avec les nombreux lymphatiques qui sortent de ce *hile sans s'anastomoser*, cette anastomose se fait,

d'après cet auteur, plus haut au niveau de la cinquième vertèbre lombaire.

Quant à nous, nous supposons que cette anastomose, entre les vaisseaux du pédicule et les vaisseaux de l'ovaire, existe. En effet, voici l'explication que nous donnons, et qui est appuyée par les faits cliniques. Nous savons, comme nous le verrons au cours de ce travail, qu'il existe une ovarite suppurée isolée sans salpingite concomitante et que cette ovarite est presque toujours d'origine utérine. Or, nous ne pouvons pas admettre comme voie de pénétration des germes, la voie tubaire puisque la clinique nous montre qu'elle est saine. Force donc est d'admettre la voie lymphatique ; par conséquent, les lymphatiques de l'utérus communiquent avec l'ovaire.

Sappey et Bruhns, mais non Poirier, signalent des troncules qui, du fond de l'utérus, se répandent sur la moitié externe de la trompe ; toutefois, ils n'ont pas réussi à les suivre plus loin.

On peut résumer l'étude des lymphatiques utérins de la façon suivante : Les lymphatiques venus du corps de l'utérus accompagnent les vaisseaux utéro-ovariens ; ceux du col sont satellites de l'artère utérine et de ses grosses veines ; les uns, au nombre de deux ou trois, suivent le bord supérieur du ligament large ; les autres, au nombre de trois ou quatre, suivent le bord inférieur de ce ligament ; ces deux groupes sont unis l'un à l'autre, d'abord par de nombreux vaisseaux dans l'épaisseur de l'organe et sa superficie sur les confins nombreux du col et du corps, au niveau de l'isthme ; mais, de plus, une très large anastomose, constituée par un gros vaisseau flexueux, parallèlement à l'artère utérine, unit les deux groupes. Les communications avec les lymphatiques du vagin et par leur intermédiaire avec ceux du rectum sont très développées. Le ligament rond constitue aussi une

importante voie anastomotique entre le système lymphatique de l'utérus et celui de la paroi abdominale.

3° Topographie des ganglions ilio-pelviens. — La topographie des ganglions ilio-pelviens, qui peuvent être tous pris surtout dans le cancer de l'utérus, est très importante à connaître pour savoir les chercher. Cette étude a été admirablement faite par Marcille. Il distingue trois groupes ganglionnaires :

a) Le *groupe iliaque externe*, formant trois chaînes ganglionnaires autour des vaisseaux iliaques externes : une externe, située le long du bord externe de l'artère (trois à quatre ganglions, dont un chef de file rétro-crural) ; une interne, située en dedans de la veine (trois à quatre ganglions, dont un rétro-crural et un situé au-dessous du nerf obturateur : ganglion du nerf obturateur, le plus souvent atteint dans le cancer de l'utérus (d'après les recherches de Jonnesco, Congrès de Rome, 1902) ; une moyenne située entre les deux vaisseaux (deux à trois ganglions).

b) Les *ganglions hypogastriques*, quatre à six disséminés entre les branches de l'artère hypogastrique.

c) Les *ganglions iliaques primitifs* forment, autour de l'artère iliaque primitive, trois groupes : externe, flanquant le côté externe de l'artère ; interne, formé de deux portions : ganglions du promontoire situés près de l'angle de bifurcation de l'aorte, sur la veine iliaque gauche dans l'angle formé par cette veine avec l'artère iliaque primitive droite ; ganglions sacré-latéraux au nombre de deux, situés un de chaque côté, en dedans du deuxième trou sacré ; enfin, le groupe moyen ou postérieur est situé profondément en arrière des gros vaisseaux (groupe rétro-vasculaire). Les ganglions reposent sur les nerfs obturateur et lombo-sacré et sont recouverts par l'artère iliaque primitive et par le

confluent des veines iliaques sous-jacent. Pour découvrir les ganglions, il faut découvrir les vaisseaux. Jonnesco a toujours trouvé ces ganglions hypertrophiés dans le cancer de l'utérus, et, avant que Marcille ait si bien précisé leur siège profond, il avait l'habitude de pratiquer le curage de la fosse dans laquelle ils sont situés.

II. — Lymphatiques de la Trompe et de l'Ovaire

Les lymphatiques nés du conduit tubaire vont se rendre, par deux ou trois troncules inclus dans l'aileron tubaire, dans les gros troncs lymphatiques qui conduisent la lymphe des parties supérieures de l'utérus aux ganglions lombaires. Ces troncules, au nombre de 2-3 de chaque côté, suivent dans l'aileron le trajet des vaisseaux sanguins, branches de l'artère et des veines utéro-ovariennes.

« L'extrême abondance des conduits de la lymphe dans les ovaires est un des traits les plus caractéristiques de leur constitution ». Ainsi s'exprime sur les lymphatiques de l'ovaire Sappey, qui a injecté, décrit et figuré les ramuscules disposés en réseau autour des ovisacs. L'importance du système lymphatique de l'ovaire est considérable : « je ne connais aucun organe dans l'économie, dit Poirier en parlant de ce système, qui puisse être comparé à l'ovaire sous ce rapport ; le testicule certes est aussi très riche, mais le nombre et le volume de ces conduits suscitent l'étonnement eu égard au petit volume de l'organe d'où ils émanent ; mais que dire de l'ovaire, qui avec un volume trois fois moindre présente un système beaucoup plus développé ! » Les troncules nés des réseaux périfolliculaires convergent vers le hile de l'organe ; là ils forment un plexus qui peu à peu diminue de volume et se résume enfin en quatre, cinq ou six troncs lymphatiques qui prennent aussitôt une direction ascen-

dante. Ces troncs, qui accompagnent les vaisseaux utéro-ovariens, passent avec eux sous le péritoine, plus haut au devant de l'urétère, et vont enfin se jeter dans les ganglions lombaires un peu au-dessus de ceux qui reçoivent les lymphatiques utérins. Nous avons exposé plus haut notre manière de penser à propos de l'anastomose des lymphatiques de l'ovaire avec ceux qui viennent de l'utérus, ainsi que l'opinion de Poirier ; d'après lui, cette anastomose se ferait au niveau de la 5^{me} lombaire.

CHAPITRE III

PREMIÈRE PARTIE

Anatomie Pathologique et Pathogénie des lymphangites péri-utérines.

I. — Etude d'ensemble

Les lymphangites péri-utérines, au point de vue anatomo-pathologique doivent être classées en deux catégories : 1° les lymphangites considérées dans leur forme bénigne ; 2° les lymphangites franchement suppurées et très souvent compliquées de lésions périphériques.

La première forme, que Pozzi désigne sous le nom de *péri-métro-salpingite séreuse*, est rarement rencontrée dans les autopsies. La seconde forme, appelée encore *péri-métro-salpingite suppurée,* nous est fournie par la laparotomie et l'autopsie.

1° LYMPHANGITE BÉNIGNE

De Sinety[1] la désigne encore sous le nom d'inflammation circum-utérine proprement dite. Le processus phlegmasique est limité, d'après lui, au tissu conjonctif qui entoure l'utérus. Au point de vue anatomo-pathologique, la forme que

[1] De Sinety. — Traité pratique de gynécologie Paris, 1884, pag. 817, et Progrès Médical 1882.

nous étudions, dit-il, est certainement la moins connue à cause de sa gravité moindre, et par conséquent de la rareté des autopsies. Dans les cas très intenses, pour lesquels on a pu être éclairé par l'examen nécroscopique, presque tous les tissus étaient malades, aussi bien le tissu connectif que la cavité séreuse et tout le système lymphatique, vaisseaux et ganglions Dans la plupart des autopsies de ce genre, on peut trouver des arguments des trois théories qui ont régné et qui règnent encore dans la science, relativement à ce groupe morbide. Pour notre part, nous croyons que la lésion prédominante doit être l'inflammation des vaisseaux et ganglions lymphatiques, si nombreux autour de l'isthme utérin, ganglions étudiés par J.-L. Championnière [1], et peloton vasculaire de Poirier que nous avons décrit dans le chapitre précédent. La clinique permet, en effet, de constater chez certaines malades des masses volumineuses situées auprès de l'utérus, qui disparaissent dans l'espace de peu de jours. De Sinety compare ce qui se passe ici à ce qu'on rencontre journellement dans d'autres régions riches en tissu conjonctif lâche : « c'est ainsi, par exemple, dit-il, qu'une fluxion consécutive à une carie dentaire, amène une tuméfaction volumineuse de la joue, dont on ne trouve souvent plus de traces au bout de quarante-huit heures » ; pour cet auteur, les ganglions de voisinage subissent fréquemment l'influence de l'état phlegmasique, mais leur rôle n'est que secondaire, le gonflement étant primitivement dû à une sorte d'*œdème inflammatoire* du tissu conjonctif situé autour de l'isthme.

---

[1] J.-L. Championnière. — (Thèse de Paris, 1870).

2° LYMPHANGITE SUPPURÉE

La seconde forme, que nous appelons lymphangite suppurée et souvent compliquée de lésions de voisinage, comprend les phlegmons péri-utérins ou abcès péri-utérins, le phlegmon du ligament large et la cellulite pelvienne.

A. **Abcès péri-utérins**. — La dénomination d'*abcès pelviens* donnée par certains auteurs à la catégorie qui nous occupe nous paraît impropre. Nous les appellerons *abcès péri-utérins* ou mieux *sous-ligamentaires*, noms qui indiquent leur siège précis ; en effet, presque toujours leur point de départ se fait autour de l'utérus sous les feuillets du ligament large. A l'ouverture du ventre, on trouve une poche purulente de volume variant entre celui d'une noix et celui d'une grosse orange. Elle est située sur les côtés de l'utérus et entre les feuillets du ligament large. De nombreuses adhérences entourent cette tumeur ; elles la fixent aux organes voisins contenus dans l'excavation pelvienne, rectum, vessie, intestin et épiploon. Souvent elle est située dans le cul-de-sac de Douglas. Quelquefois la poche est tellement fusionnée avec les parties périphériques que son ablation est dangereuse pour ne pas dire impossible. Ces abcès peuvent s'ouvrir souvent spontanément dans les organes voisins et entretenir des fistules excessivement rebelles. On a même signalé des cas d'ouverture à l'échancrure sciatique et au triangle de J. L. Petit ; ils sont très rares et souvent contestés comme d'origine génitale. Pozzi croit plutôt qu'elles sont relatives à des abcès de la fosse iliaque par périty phlite, ou à des abcès péri-néphrétiques.

La pathogénie de ces abcès est très controversée. Des travaux, plus intéressants les uns que les autres, ont été publiés sur ce sujet, et des opinions multiples ont été émises ces dernières années. Les uns placent leur point de départ

à la trompe et à l'ovaire ; les autres, avec J. L. Championnière, aux lymphatiques péri-utérins. Pour les premières il y a d'abord endosalpingite et puis abcès péri-utérin consécutif à la première. Pour les secondes, c'est l'abcès qui se forme le premier, la salpingite n'est qu'une complication.

A la séance du 14 novembre 1888, de la Société de Chirurgie, M. Routier [1], en parlant des inflammations péri-utérines, leur reconnaît presque toujours pour cause une maladie des trompes et des ovaires : « ma conviction, dit-il, est faite, que la plupart des femmes qui souffrent dans le ventre, et chez lesquelles on peut reconnaître l'existence d'une tuméfaction dans le voisinage de l'utérus, si petite qu'elle soit, ces femmes, dis-je, ont presque certainement les annexes de l'utérus malades et peuvent donc être guéries par une opération ».

Quelques jours après la communication de M. Routier à la Société de Chirurgie, Lucas-Championnière [2] aborde de nouveau la question des suppurations pelviennes et de leur pathogénie : pour répondre à M. Routier « il faudrait, dit-il, rayer de nos discussions ou modifier le mot de salpingite que l'on emploie sans cesse ; la maladie primitive n'est point la salpingite, mais une lymphangite péri-utérine avec cellulite pelvienne. Les lymphatiques de l'utérus et des annexes sont tellement nombreux, tellement énormes que la maladie dominante de la région ne peut être que la lymphangite. Quelquefois la lésion se dissèque si bien que l'on voit sur l'utérus, col ou corps, le point de départ de la maladie que l'on suit jusque sur les parties latérales de l'utérus. Souvent le col seul est pris et les annexes du même côté sont malades, *l'utérus étant indemne ;* il y a longtemps qu'on a noté la fré-

[1] Routier. — Etude sur les inflammations péri-utérines (Société de Chirurgie), 1888, p. 862.

[2] Lucas-Championnière. — Société de Chirurgie, 1888, p. 927.

quence des lésions pelviennes du côté gauche, coïncidant avec l'extrême fréquence des déchirures du col à gauche ».

Que penser après ces importantes communications ? De quel côté opiner ? Avons-nous toujours affaire à une salpingite, comme le veut M. Routier, ou bien la lymphangite est-elle la lésion initiale, comme M. Lucas-Championnière le prétend? Nous croyons qu'il ne faut pas être trop exclusif. L'abcès peut avoir comme point de départ tantôt les annexes, tantôt les lymphatiques. Nous verrons, en parlant plus loin des lésions annexielles, que, d'après Reymond [1], la voie de transmission infectieuse varie avec les microbes : le streptocoque envahit les annexes par les vaisseaux lymphatiques (or la lymphangite ici est primitive), tandis que le gonocoque pénètre dans les trompes en suivant la lumière (l'endo-salpingite est primitive).

Néanmoins nous ferons remarquer que l'inflammation des lymphatiques peut exister *en dehors de la puerpéralité*. La lymphangite utérine, en dehors de l'état puerpéral, admise et démontrée d'abord par Nonat et ses élèves, fut confirmée par les travaux de A. Guérin, Fiouppe [2], Auger [3], Dreyfous [4], etc., qui mirent bien en évidence le retentissement de l'inflammation des lymphatiques sur le tissu cellulaire du bassin et des ganglions. Les travaux plus récents n'ont fait que confirmer, en les étendant, les conclusions de ceux que nous venons de citer. Cantin [5] a consacré un travail intéressant aux lymphangites péri-utérines non puerpérales et à leur traitement.

---

[1] Reymond. — *Loc. Cit.*

[2] Fiouppe. — *Lymphatiques utérins* (Thèse de Paris, 1876).

[3] Auger. — Thèse de Paris, 1876.

[4] Dreyfous. — *Bull. Soc. Anat.*, 20 avril 1877.

[5] Cantin. — *Loc. cit.*

« Pourquoi la plaie ou l'inflammation septique de l'utérus ne donneraient-elles pas l'abcès angioleucitique et l'adénite, comme la piqûre ou l'inflammation septique de la main donnent l'abcès lymphatique du bras et l'adéno-phlegmon de l'aisselle, comme la gerçure du mamelon au contact de quelque virus donne l'abcès mammaire et l'adénite axillaire ? ».

Delbet même va jusqu'à dire qu'on n'observera bientôt plus des phlegmons en dehors que pendant la puerpéralité. Aujourd'hui, en effet, dit ce chirurgien, les accouchements sont entourés d'assez de soins antiseptiques pour que toute infection soit évitée, tandis que bien des métrites resteront sans être soignées. Il cite l'observation d'une prostituée qui avait eu deux enfants. Après son deuxième accouchement elle continuait à se livrer à son triste métier pendant quatre ans ; ce n'est qu'alors que les accidents graves éclatèrent et la malade succomba (voir Observation IV).

Bermutz[1] cite une observation dans laquelle nous voyons les accidents débuter, deux ans après une fausse-couche (encore cette dernière est-elle problématique), et lorsque les accidents éclatèrent la femme était très bien portante.

Le fait de Guérin[2] a également une valeur considérable : les pièces en ont été présentées à la Société de chirurgie. La suppuration était consécutive à une intervention chirurgicale.

La femme observée par Trousseau n'a jamais eu d'enfant, celle de Delpech[3] non plus ; elle a succombé à une péritonite consécutive à l'ouverture du ligament large dans le péritoine.

---

1 Bernutz. — Conférences cliniques 1870, pag. 569.

2 Alph. Guérin. — *Cliniques*, pag. 317.

3 Delpech. — *Gazette des hôpitaux*. 1871, pag. 449.

Les lymphangites utérines déterminent souvent par les adhérences qu'elles produisent des déviations de l'utérus.

Cette manifestation de la lymphangite par la production des adhérences péri-annexielles et même épiploïques est très importante (Observation II).

Siège. — Le siège et le nombre des abcès péri-utérins sont variables. Ordinairement, l'abcès, unique, siège au fond des culs-de-sac latéraux du vagin à cause justement de l'engorgement des pelotons lymphatiques, situés de chaque côté de l'isthme décrit par Poirier[1]. Cet abcès est appliqué contre l'utérus, et le toucher vaginal ne révèle pas le *sillon* caractéristique des salpingites. On peut quelquefois rencontrer deux ou trois abcès isolés. Poirier, sur un des sujets qui ont servi à ses recherches, a trouvé trois collections purulentes, parfaitement isolées, dans le bord pelvien du ligament large le long des lymphatiques venant du col utérin.

Delbet[1] décrit cette variété d'abcès sous le nom de *phlegmon de la gaine hypogastrique*. Il en localise les lésions dans une loge aponévrotique fermée en haut, en bas, en avant et en arrière, et dans laquelle rampent les branches pelviennes, artérielles et veineuses de l'hypogastrique, des lymphatiques, des ganglions des nerfs et l'uretère. Il donne à cette loge le nom de gaine vasculaire des organes du petit bassin ou plus simplement de *gaine hypogastrique*. En dehors, cette loge repose sur l'échancrure sciatique et est par conséquent ouverte sur la fesse; en dedans, elle vient aboutir au col de l'utérus, au dôme vaginal, à la vessie et au tissu cellulaire interposé entre ces divers organes (Delbet). Les lymphatiques qui circulent dans cette gaine viennent du col de l'utérus et du vagin et se rendent aux ganglions situés

---

[1] Delbet. — *Des suppurations pelviennes chez la femme*, 1891.

sur les parois de l'excavation pelvienne. Leur inflammation est le point de départ des phlegmons de cette région. La localisation de l'affection se fait constamment dans la gaine hypogastrique ; des phlegmons de petite dimension peuvent ne pas envahir toute la région, se limiter au voisinage du col utérin sans atteindre les parois de l'excavation pelvienne, ou au contraire rester accolés à ces parois sans atteindre en dedans le col utérin. Dans les cas types, dit Delbet, toute la gaine est envahie ; le phlegmon est limité en arrière et en dedans par une forte aponévrose (aponévrose sacro-génitale, Delbet), si bien que le cul-de sac de Douglas est intact ; en dehors, il remonte sur la face interne du psoas et tend à gagner la fosse iliaque profonde ; en dedans, il adhère au col de l'utérus ; il envoie deux prolongements : un antérieur, du côté de la vessie, en rapport avec la cloison vésico utérine, le long des vaisseaux vésicaux inférieurs ; un autre, plus bas, du côté du vagin, le long des vaisseaux vaginaux (Delbet). Le pus, en rapport intime avec tous les viscères creux du bassin, a tendance à se faire jour dans le vagin, le rectum ou la vessie. En outre, il peut avoir des prolongements en avant, sous l'arcade crurale, dans le triangle de Scarpa, en suivant les vaisseaux iliaques ; à la face postérieure de la paroi abdominale, en donnant lieu à l'aspect connu sous le nom de plastron ; plus rarement en arrière, dans la fesse, par l'échancrure sciatique, ou en bas, dans la fosse ischio-rectale, en traversant l'aponévrose périnéale supérieure et le muscle releveur de l'anus (Delbet). Dans ce phlegmon de la gaine hypogastrique, le péritoine peut être tout à fait respecté.

Un autre siège de l'abcès utérin, que nous n'avons pas vu signalé par les auteurs, est la partie de la corne utérine qui occupe le creux formé entre la trompe et le ligament de l'ovaire. Nous rappelons ici le détail anatomique étudié sur-

tout par Lucas-Championnière, nous voulons parler de ce groupe lymphatique remarquable qui occupe justement cet espace. L'inflammation de ce groupe lymphatique est très importante à connaître, à notre sens. Car, à cause précisément de son siège près de la trompe, elle devient souvent une cause d'erreur pour le diagnostic. En effet, l'abcès étant situé à la partie supérieure (fond) de l'utérus est à peine perceptible par le toucher vaginal. Au contraire, la malade accusera une douleur à la pression, quelquefois spontanée, de chaque côté de l'utérus au niveau de son fond ; une main exercée pourrait même, par le palper abdominal, sentir la tumeur à ce niveau. Or, en présence d'une tumeur douloureuse, située dans l'excavation, de chaque côté ou d'un côté de l'utérus et près de son fond, on sera tenté de poser le diagnostic de *salpingite* bi ou monolatérale, suivant les cas. On pratique la laparotomie et on se trouve en présence d'un abcès utérin occupant l'angle formé par la trompe et le ligament de l'ovaire fig. 1) *avec intégrité de la trompe.*

Le mois dernier, nous avons été surpris de lire dans *la Presse médicale* une communication de M. Schwartz [1] à la Société d'Obstétrique et de Gynécologie (séance du 6 avril 1903), d'un cas analogue qui correspond exactement à notre manière de voir. Nous croyons utile de la reproduire :

Abcès de l'utérus en dehors de la puerpéralité. — Il s'agit d'une jeune femme de 35 ans qui souffrait dans le petit bassin, et chez laquelle on diagnostiqua de la métrite et une salpingite bilatérale, dont l'origine remonte à des grossesses successives et lointaines (deux ou trois ans). L'examen révéla le signe spécial suivant : quand on palpait l'utérus, on déterminait une douleur violente au niveau de son fond, lequel était d'ailleurs toujours douloureux ; ce qui fit penser à une poche de pyosalpinx coiffant l'utérus. En mettant les

[1] Schwartz. — *Presse Médicale*, 25 avril 1903, N° 33, page 329.

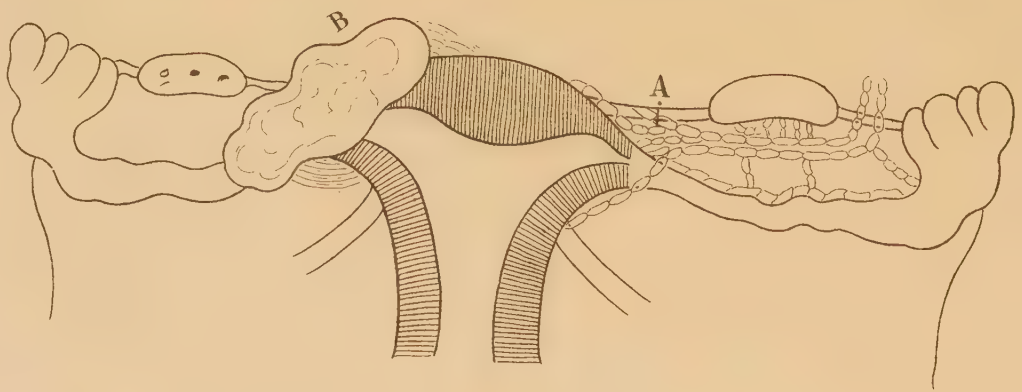


Fig. I. — A. Groupe lymphatique situé entre la trompe et le lig. de l'ovaire.
B. Abcès utérin développé auxdépens du groupe lymphatique du côté droit.

pièces sur la table, après hystérectomie abdominale et ablation des annexes, on reconnut l'existence d'un petit abcès gros comme une noisette au niveau de la corne utérine, en plein tissu musculaire, sans connexion avec la trompe.

M. Schwartz rappelle que dans la thèse d'Augustin, inspirée par Treub (de Leyde), on trouve réunis 20 cas de ce genre (dont 10 certains), il y a encore une observation analogue de Pichevin. Cette observation nous apprend : 1° que les abcès utérins peuvent exister en dehors de la puerpéralité ; 2° qu'ils peuvent occuper la corne utérine ; 3° qu'ils ne sont pas accompagnés toujours de lésion des trompes.

Douglassite. — Nous allons maintenant étudier une autre variété d'abcès péri- utérins, plus importante que celles que nous venons d'étudier : elle siège dans le cul-de-sac de Douglas. M. R. Condamin [1], de Lyon, l'a désignée sous le nom bien caractéristique de *Douglassite essentielle*, parce que c'est seulement dans le Douglas, dit-il, que se déroulent tous les phénomènes inflammatoires avec intégrité des annexes. Il a fait faire une thèse, sur ce sujet, par son élève M. Hussenstein [2], dans laquelle il a publié quatre observations intéressantes dont nous parlons dans notre chapitre d'observations.

A côté de cette Douglassite essentielle, simple, M. Condamin décrit une Douglassite compliquée de lésions annexielles. Cette variété, dit-il, est de beaucoup la plus fréquente, car on sait combien il est commun de voir les annexes malades prolabées dans le Douglas et y contracter des adhérences avec les organes voisins.

La Douglassite essentielle se rapproche en beaucoup de

---

[1] R. Condamin. — Lyon Méd. 1894.

[2] Hussenstein. — De la Douglassite essentielle. Thèse de Lyon 1895.

points de la paramétrite postérieure de Schultze [1], mais tandis que ce dernier terme, qui est vague, indique seulement que le tissu cellulaire para-utérin est pris, le mot de Douglassite indique mieux et d'une façon beaucoup plus précise les inflammations para et péri-métritiques limitées au Douglas.

Les signes physiques de cette Douglassite essentielle sont : la réplétion du Douglas par des adhérences plus ou moins résistantes ; la rétraction des ligaments utéro-sacrés avec rétro-position de l'isthme et du col et consécutivement l'antéflexion utérine ou la rétroflexion suivant que le corps de l'utérus est libre ou attiré dans le Douglas par des adhérences. (Hussenstein).

Quant à sa pathogénie, pour Schultze, il se produit de la lymphangite péri-utérine qui se propage jusque dans les lymphatiques de la séreuse qui réagit par la formation d'adhérences. — De Sinety [2] l'attribue à l'inflammation du tissu conjonctif circum-utérin : il y a de l'œdème inflammatoire — Pour Vanderhaguen [3], les métrites sont un facteur important des inflammations paramétritiques et de celles du Douglas ; les germes transportés non par la voie tubaire mais par les couches muqueuse et musculeuse de l'utérus arrivent dans le réseau lymphatique péri-utérin, puis de là dans le paramétrium, où ils donnent lieu soit à des phlegmons, soit à de simples engorgements facilement résorbés. Dans ce dernier cas, les lymphatiques de la région du cul-de-sac de Douglas infectent le péritoine qui recouvre celui-ci par les nombreuses anastomoses qui le relient aux réseaux lymphatiques sous-séreux et sous-péritonéal. Le péritoine

---

[1] Schultze. — Traité des déviations utérines, trad. Herrgott 1884.

[2] De Sinety. — *Loc. cit.*

[3] Vanderhaguen. — Thèse de Paris, 1894.

s'enflamme rapidement et il se forme des adhérences entre les parois du cul-de-sac, quelquefois entre la face postérieure de l'utérus et le cul-de sac, amenant une rétroflexion irréductible.

La Douglassite peut aussi, d'après Schultze, avoir comme origine une inflammation du rectum (dans la constipation si fréquente chez les femmes). Ces infections se font par continuité lymphatique de l'utérus et du rectum ; il existe, en effet, comme nous l'avons vu déjà dans le chapitre précédent (Anatomie), de nombreux lymphatiques allant de l'un à l'autre de ces organes.

Les annexes peuvent parfois être attirées et retenues dans le Douglas par des adhérences sans qu'aucune lésion primitive ait intéressé ces organes. En effet (et c'est ce qui arrive dans la Douglassite simple), si le péritoine est infecté par la voie lymphatique et non par la voie tubaire, les trompes et les ovaires, déviés par la rétraction, peuvent être parfaitement sains. C'est ce que l'on peut constater au cours de certaines laparotomies pour hystéropexie, dans lesquelles, après avoir rompu les adhérences rétro-utérines, et celles des annexes, et amené celles-ci dans la plaie, on les reconnaît parfaitement saines et on les replace dans la cavité abdominale ; puis on suture l'utérus à la paroi abdominale, et les fonctions des annexes, entravées par les brides cicatricielles qui les enserraient, reprennent leur cours normal en même temps que les douleurs dues aux tiraillements et aux pressions exercées sur ces brides disparaissent également (Hussenstein).

A côté de ces trois variétés d'abcès péri-utérins que nous venons d'étudier (abcès de l'isthme, abcès du fond, et abcès du Douglas), il existe deux autres variétés d'abcès observées surtout par notre maître M. le Professeur Tédenat. La première comprend les abcès qui occupent l'espace situé entre

la face antérieure de l'utérus et la face postérieure de la vessie. La seconde, plus rare, comprend des abcès d'origine utérine situés sur les côtés du rectum, et même dans le *tissu cellulaire rétro-rectal*. L'inflammation s'est propagée de l'utérus au rectum par les lymphatiques qui unissent le réseau vasculaire de l'utérus avec celui du rectum, et que nous avons déjà mentionné à propos de la Douglassite, et par le tissu cellulaire des ligaments utéro sacrés.

Toutes les variétés d'abcès que nous venons d'étudier sont d'origine utérine. Exceptionnellement, certains kystes inclus dans le ligament large, certaines hématocèles peuvent, après suppuration, devenir le point de départ des abcès pelviens. L. Tait[1] cite même un cas consécutif à une grossesse extra-utérine intra-ligamentaire.

En terminant l'étude anatomo-pathologique et pathogénique des abcès péri-utérins, nous proposons la classification suivante :

Abcès péri-utérins.

A. *Division topographique.*
- 1° Abcès latéraux (a. situés près de l'isthme).
- 2° Abcès supérieurs (a. situés près de la corne utérine).
- 3° Abcès postérieurs (douglassite et abcès rétro-rectaux).
- 4° Abcès antérieurs (a. de l'espace utéro-vésical).

B. *Division pathogénique.*
- 1° Par la voie lymphatique (J. Lucas-Championnière).
- 2° Par la voie tubaire (Routier et Pozzi).
- 3° Par inflammation du tissu conjonctif (De Sinety).
- 4° Par la voie veineuse (Hervieux).

---

[1] L. Tait. — Edimbourg medical Journal, août 1889.

B. **Phlegmon du ligament large et cellulite pelvienne.**— Ces affections sont presque toujours consécutives à un récent accouchement. Elles intéressent par conséquent l'accoucheur ; aussi nous passerons très rapidement, fidèle à notre programme, où nous ne traitons que des lésions qui intéressent exclusivement le chirurgien. Ce qui caractérise le phlegmon du ligament large, c'est sa tendance à la diffusion. Ce phlegmon se présente sous forme d'un tissu spongieux dont les cavités renferment un liquide séro-sanguinolent ; les veines sont distendues, les lymphatiques immobilisés et béants, les ganglions engorgés. L'inflammation ne tarde pas à se propager sous le ligament large, vers la fosse iliaque et devenir même tangente à la paroi abdominale. Elle constitue alors le *plastron abdominal* qu'Alphonse Guérin attribuait à l'inflammation du ganglion juxta-pubien qu'il a décrit le premier. Terrillon n'admet pas l'origine ganglionnaire de ce plastron ; pour lui, il se produit par le contact des annexes enflammées avec la paroi abdominale ; le contact peut même ne pas être immédiat, mais se faire par l'intermédiaire des masses inflammatoires périphériques englobant l'épiploon. Ce fait avait été signalé par Polk [1].

Quant à la cellulite pelvienne diffuse, elle est caractérisée par sa propagation rapide à tout le tissu cellulaire pelvien, à la manière d'un érysipèle malin selon l'expression de Virchow. Ici les lymphatiques jouent le premier rôle ; on est en présence d'une véritable lymphangite septique partie de la plaie utérine et englobant tout ce qui entoure l'appareil génital.

---

[1] Polk. — American Journ. of obstetr., 1887, t. XX.

II. — Étude microscopique

Nous venons d'étudier, dans le paragraphe précédent, les inflammations péri-utérines dans leur ensemble. Nous essaierons ici de faire la description détaillée des lésions que la laparotomie et les autopsies nous apprennent. Nous commencerons par décrire celles de l'utérus, qui est le point de départ de ces lésions, ensuite nous étudierons successivement l'état des vaisseaux lymphatiques, l'état des ganglions, l'état du tissu cellulaire peri-utérin et des ligaments larges, l'état du péritoine. Nous terminerons ce chapitre par l'étude des lésions des Annexes (trompes et ovaires) et de leur pathogénie.

Utérus.— L'utérus est le point de départ de ces lésions. Il est volumineux et remonte plus ou moins haut au-dessus du détroit supérieur. Il est légèrement flasque de consistance, mais il n'acquiert jamais la flaccidité et le ramollissement qu'on observe dans la phlébite utérine et qui caractérise si nettement les états infectieux de la puerpéralité. L'utérus ne présente pas toujours cette forme hypertrophique et flasque. Très souvent on le trouve petit, atrophié, sclérosé ; la muqueuse est souvent lisse et amincie (Tédenat).

La *face interne* est recouverte d'un liquide rougeâtre et quelquefois purulent : il y a de l'endométrite. On remarque souvent sur la face interne de l'utérus de petits points blanchâtres avec un orifice central qui correspond à l'ouverture des lymphatiques purulents ; par la pression on fait sourdre du pus. Ces points purulents, régulièrement disposés, à la surface interne de l'utérus donnent quelquefois à cette surface un aspect varioliforme. Mais ce sont surtout les lésions

du col qui sont constantes et presque toujours le point de départ de la lymphangite.

On doit attribuer leur importance à la richesse vasculaire du col.

Le *col utérin* est rouge, livide, œdémateux, ramolli et quelquefois il est le siège de déchirures transversales. Pour Lucas-Championnière, la déchirure de l'orifice interne du col est la plus importante ; elle est une source d'accidents de la lymphangite.

Comme le montre Cruveilhier, « une coupe verticale faite au col utérin est remarquable par deux ordres d'orifices, les uns pleins de pus, ce sont les orifices des vaisseaux lymphatiques, les autres vides et donnant du sang noir, ce sont les veines lesquelles étaient dans l'état le plus parfait d'intégrité ». D'autres fois, l'épaisseur du col est occupée par des abcès lymphatiques du volume d'une noisette, disposés circulairement en forme de chapelet. Ces collections purulentes sont situées dans les ampoules lymphatiques dont la paroi est lisse ; elles sont reliées les unes aux autres par de petites traînées purulentes. Ces lésions sont surtout prononcées pendant la puerpéralité.

La *surface externe* de l'utérus est celle qui est la plus lésée ; les lésions s'observent surtout à la face postérieure, « on observe à la partie postérieure, dans les cas où le péritoine est aussi atteint, une fausse membrane plus ou moins épaisse ; en la grattant légèrement avec le tranchant du scalpel, dit Lucas-Championnière, on rencontre au-dessous un lymphatique purulent qui fait saillie ». Souvent on n'observe qu'un léger aspect dépoli de la surface péritonéale et quelques membranes extrêmement fines qui peuvent passer inaperçues ; ces membranes recouvrent de petites granulations miliaires purulentes qui sont quelquefois la seule lésion appréciable.

Au-dessous du péritoine, se dessinent, d'après Botrel[1] « des lignes sinueuses superficielles, blanchâtres offrant des nodosités et des renflements ; ce sont des vaisseaux lymphatiques superficiels pleins de pus présentant de distance en distance de véritables ampoules purulentes qui soulèvent la séreuse.

Ces dilatations ont le volume d'un gros pois, d'une noisette, quelquefois d'une amande.

Un examen peu attentif pourrait les faire prendre pour de petits abcès du muscle utérin. Mais comme le montrent Duplay[2] et Bernutz, ces descriptions d'abcès utérins doivent être rapportées à des collections purulentes vasculaires.

La distinction de ces abcès vasculaires de ceux de l'utérus est du reste facile si on regarde les parois du foyer, qui sont lisses et pourvues quelquefois de valvules (Duplay). Si l'on fait maintenant une coupe de l'utérus, on y voit le pus sourdre des vaisseaux lymphatiques dilatés et dont le volume peut atteindre celui d'une plume de corbeau, suivant l'expression de Duplay.

Les lymphatiques du corps et du col, qui présentent comme on le voit, les mêmes lésions, convergent de toutes parts vers les angles de l'utérus pour gagner les ligaments larges où ils semblent se perdre.

D'autres fois, au contraire, comme on le voit, dans les belles planches (I et II) de Cruveilhier[3], ils s'enlacent aux troncs des veines utérines et ovariques, et se portent de bas en haut pour aller se rendre aux ganglions lymphatiques situés au-devant de la veine cave et de l'aorte. Souvent ils

---

[1] Botrel. — Mémoire sur l'angioleucite utérine. Arch. gén de méd. 1845, 4e série VII.

[2] Duplay. — Archives générales de Méd. 1835 2me série VII.

[3] Cruveilhier. — Atlas d'Anatomie Pathologique, IVe et VIe livraïsons.

donnent et reçoivent des anastomoses des ovaires et des trompes. Cette relation intime de vascularisation lymphatique explique parfaitement la participation si fréquente de ces organes à l'inflammation utérine.

Etat des vaisseaux lymphatiques. — Les lésions des vaisseaux lymphatiques varient selon le degré de la lymphangite. La forme bénigne que nous avons décrite plus haut a été bien étudiée par Lucas-Championnière[1]. L'absence de lésions sur le lymphatique lui-même n'est pas une preuve qu'il n'a pas été enflammé. « En effet, dit-il, pour une lymphangite récente, quelles seraient ces lésions? Je suppose un malade atteint de plaie de la jambe devenue le point de départ d'une lymphangite très manifeste ; les traînées rouges, irrégulières, douloureuses et saillantes ne laissent aucun doute au chirurgien ; ce malade meurt rapidement. Que nous apprendra la dissection? Le plus ordinairement, rien. » En outre, des lymphatiques à paroi manifestement épaissie ne contiennent aucune trace de pus. La présence du pus indique une période avancée de la maladie et très grave.

On a donné l'épaississement et l'opacité des parois comme signe de leur inflammation; coupées en travers, elles s'affaissent incomplètement, ce qui tiendrait, suivant M. Hervieux, à l'état d'artérialisation des vaisseaux. M. J. Championnière dit qu'on a pris pour l'épaississement des parois l'oblitération des vaisseaux lymphatiques, qui est un fait commun.

Vus par leur surface interne, les lymphatiques apparaissent presque toujours blancs et brillants. La tunique interne est lisse et on n'y trouve nulle part de vascularisation ni de pseudo-membranes adhérentes.

---

[1] Lucas-Championnière. — (Thèse de Paris 1870, pag. 17).

Cet état normal des parois a été noté aussi par Duplay, Dugès et Danyau. Cruveilhier s'exprime ainsi à cet égard : « Dans les vaisseaux lymphatiques, si vous évacuez le pus, vous diriez des vaisseaux parfaitement sains ; excepté la dilatation, c'est en général la même transparence, la même absence d'injection que dans l'état normal. »

D'après les recherches histologiques sur la lymphangite des séreuses [1], sur une coupe on voit les vaisseaux béants en forme d'étoiles irrégulières ; ils sont dilatés et renferment soit un exsudat fibrineux, soit du pus franc.

Leurs parois, infiltrées de nombreux leucocytes, deviennent friables et se laissent déchirer à la plus légère traction. L'infiltration est surtout abondante dans leur tunique externe.

Il peut se développer des abcès très petits. Les lésions sont très marquées au niveau des valvules.

Velpeau [2] a montré que les parties intermédiaires aux valvules ont une tendance à se dilater, et que, dans cette circonstance, les vaisseaux prennent la forme d'un chapelet.

Le contenu des vaisseaux lymphatiques est rarement coagulé.

Ce qui frappe l'anatomo-pathologiste, dans les lymphangites suppurées, est la qualité du pus. Voici en quels termes Cruveilhier s'exprime : « Quant aux qualités du pus, elles sont celles du pus phlegmoneux : jamais dans les veines le pus ne m'a présenté le même aspect et la même pureté que dans les vaisseaux lymphatiques ; quelquefois on rencontre au milieu de ce pus des concrétions fibrineuses incolores ». On y voit, de plus, au microscope, de nombreux vibrions et des bactéries mobiles.

---

[1] Dictionnaire Jaccoud — Article Lymphangites. Tome XXI.
Idem Article Utérus. Tome XXXVII.

[2] Velpeau. — Dict. Encyclopédique — Art. Angioleucite.

Après les travaux de Tonnelé, Cruveilhier, Lucas-Championnière, on ne peut plus avoir le moindre doute que « la présence du pus dans les vaisseaux lymphatiques doit être considérée comme conséquence non de l'absorption de ce liquide, mais de l'inflammation propre de ces vaisseaux » (Cruveilhier).

Etat des ganglions. — Voyons d'abord l'état de ce petit ganglion situé à l'union du corps avec le col, immédiatement au-dessus du cul-de-sac vaginal latéral auquel Lucas-Championnière fait jouer un rôle important. Son inflammation ne paraît pas très fréquente, puisque, même sur les observations rapportées par Lucas Championnière, on ne la trouve mentionnée que deux fois. Dans ces cas on le trouve suppuré.

Les ganglions lombaires, sacrés et iliaques présentent des états divers. Tantôt ils sont sains, tantôt ils présentent une simple rougeur et sont tuméfiés. Rarement, au contraire, ils sont atteints d'une véritable infiltration purulente. Mais, si l'inflammation et la suppuration arrivent de proche en proche jusqu'à atteindre les ganglions lombaires, ils ne franchissent cette barrière que dans des cas bien exceptionnels pour se propager aux ganglions qui circonscrivent le réservoir de Pecquet et au canal thoracique.

Pour compléter cette étude anatomo-pathologique il nous reste à étudier les lésions concomitantes qui, sans être indispensables, accompagnent très souvent la lymphangite : ce sont les lésions du tissu cellulaire péri-utérin, du péritoine et des Annexes (Trompes et ovaires).

Etat du tissu cellulaire péri-utérin. — Le tissu cellulaire qui entoure les lymphatiques suppurés n'est jamais intact. Les phlegmons et la suppuration du tissu cellulaire s'expliquent aisément si on se rappelle la solidarité qui existe entre les lymphatiques et le tissu cellulaire.

Les travaux de Recklinghausen et de Ranvier, sur l'origine des vaisseaux lymphatiques semblent démontrer que ces vaisseaux communiquent à leur origine avec le tissu cellulaire ; celui-ci ne serait, dès lors, qu'un immense réservoir lymphatique, suivant l'expression de M. Lancereaux [1].

Les phlegmons du tissu cellulaire des ligaments larges s'observent surtout pendant la puerpéralité. Ceux-ci sont infiltrés de cellules lymphoïdes et d'un liquide albumino-fibrineux. Leur tissu est tuméfié et lardacé sur les parties latérales de l'utérus et les parties avoisinantes du col. L'abcès des ligaments larges est souvent double ; quand il ne siège que d'un côté, le plus souvent c'est à gauche, ce qui s'explique, comme le dit M. Noël Guéneau de Mussy, puisqu'il est presque toujours consécutif à la déchirure du col de l'utérus, qui est plus fréquente de ce côté par suite de la grande fréquence des O. I. G. A.

Il nous reste un dernier point, à savoir si la lymphangite peut être compliquée d'une *phlébite*. L'anatomie pathologique de la lymphangite simple ne comporte la phlébite qu'à titre de complication. Il se produit alors de la périphlébite. Mais il est des cas où l'agent infectieux frappe à la fois le système lymphatique et le système veineux, ces cas sont rares ; ils se présentent dans l'infection puerpérale. On sait, en effet, que certains auteurs, dans ces cas, comme Béhier, Hervieux et Virchow, ont considéré la phlébite comme plus fréquente que la lymphangite; mais, comme le fait remarquer M. Lucas-Championnière, si l'on a admis la fréquence aussi grande de la phlébite, c'est que le plus souvent on a pris pour des veines les lymphatiques enflammés. Nous n'insisterons pas sur les lésions de la phlébite, qui intéressent sur-

---

[1] Lancereaux. — Anat. Path. des lymphatiques 1879.

tout l'accoucheur. Nous renvoyons le lecteur à la *Thèse d'agrégation de Troisier*[1], qui les a bien décrites.

Etat du Péritoine. — De toutes les lésions que nous avons décrites il en est une qui peut souvent compliquer et aggraver la lymphangite ; c'est la péritonite localisée.

Le péritoine étant le plus grand sac lymphatique de l'économie, on comprend la fréquence de son inflammation par propagation de la lymphangite utérine (Peter). La péritonite est limitée autour de l'abcès, en formant de nombreuses adhérences comme nous l'avons vu à propos de la Douglassite. Ce n'est que dans les cas très graves, surtout pendant l'état puerpéral, que cette péritonite se généralise (pelvi-péritonite) en entraînant rapidement la mort.

Etat des Annexes. — La question de pathogénie et d'anatomie pathologique des salpingo-ovarites étant très importante, nous lui consacrons un chapitre spécial.

DEUXIÈME PARTIE

Anatomie Pathologique et Pathogénie des Salpingo-Ovarites

La voie Lymphatique et la voie Muqueuse

Avant que la science ait eu à sa disposition les moyens d'investigation dont nous nous servons actuellement, nombre d'auteurs s'étaient occupés déjà des salpingo-ovarites. Ce fut l'étude clinique qui en fut faite la première ; c'est la

---

[1] Troisier. — Thèse de Paris, 1880.

période des Lisfranc [1], Nonat, Gallard, etc.; et puis les anatomo-pathologistes reprirent la question à un point de vue nouveau ; c'est le moment des travaux d'Orthmann [2], de Terrillon [3] et surtout de Cornil [4], etc.

Viennent ensuite, avec Witte, Wertheim, Bumm en Allemagne, Hartmann, Morax, Reymond [5] et son élève M. Yordanoff [6] en France, les recherches bactériologiques pour nous apprendre, en même temps que la véritable cause des salpingo-ovarites, leur pathogénie, leur pronostic et leur thérapeutique rationnelle.

Parmi ces derniers travaux, les thèses de Reymond et de Yordanoff nous ont paru des plus intéressantes ; aussi ne croyons-nous pouvoir mieux faire que d'en donner ici un résumé rapide en y ajoutant quelques faits nouveaux. Avec ces auteurs, nous étudierons successivement :

1° La Salpingo-ovarite à gonocoques ;

2° La Salpingo-ovarite à streptocoques ;

3° Les Salpingo-ovarites à staphylocoques, à bactérium coli, à pneumocoques, à microbes saprophytes, etc.

A. Salpingo-ovarite à gonocoques

I. — Caractères généraux de la salpingo-ovarite a gonocoques

Toute salpingite non puerpérale est presque toujours une salpingite blennorrhagique. C'est en Allemagne que les

---

[1] Lisfranc. — Clinique de la Pitié, 1843, tom. III.

[2] Orthmann. — Beiträge zur normalen Histologie und zur Pathologie der Tuben. Virchow's Arch. 1897. Bd. tom. VIII.

[3] Terrillon. — Salpingites et Ovarites. Paris, 1891.

[4] Cornil et Terrillon — Arch. de Physiol , 1887, 3e série, tom. X.

[5] Reymond.— Anat. Path et Bact. des Salpingo-Ovarites. Thèse de Paris, 1895.

[6] Yordanoff.— Rech. Cl. et Bact. des Salpingo-Ovarites. Thèse de Paris, 1897.

observations de salpingite à gonocoques ont été publiées en plus grand nombre. Le tableau suivant donnera une vue d'ensemble sur leur fréquence.

AUTEURS	NOMBRE de cas examinés	NOMBRE de salpingo-ovarites à gonocoques
Witte (Cent. f. Gyn. 11 juin 1892).....	39	7
Zweiffel (Arch. f. Gyn., 1891).....	34	8
Doderlein.....	34	8
Carsten (Zeitschr. f. Geb., 1890).....	8	1
Schmitt (Arch f. Gynecol., 1889, Bd. XXXV).	»	1
Stermann.....	»	1
Vertheim (Arch. f. Gynec., 1892 et 1894)...	116	33
Schanta (Arch. f. Gynec , 1893, Bd. XLIV)..	90	23
Menge.....	26	3
Reichel.....	»	1
Prochownik.....	52	2
Reymond (Thèse de Paris, 1894-1895).....	27	3
Hartmann et Morax (Ann. de Gyn et d'Obst., 1894).....	33	13
Jayle (Bull de la Soc. anat., 1895).....	30	4

Le début de la salpingo-ovarite à gonocoque est extrêmement variable : il peut être brusque, d'autres fois au contraire, lent.

La marche de la maladie est variable : subaiguë, aiguë, et le plus souvent chronique.

La durée de la maladie est longue, mais, en général, moins longue que dans la salpingo-ovarite à streptocoques.

La salpingo-ovarite à gonocoques présente un caractère clinique très important : *la rareté de la fièvre*. On sait, en effet, que c'est le contraire qui se rencontre dans les autres salpingo-ovarites. La salpingo-ovarite à gonocoques peut se compliquer de péritonite.

« Si du pus de blennorrhagie pure passe dans le péritoine, dit Sinclair, tout se borne à une inflammation circonscrite qui enkyste le pus. Le gonocoque ne trouve pas dans le péritoine un milieu où il prolifère à son aise et son pus s'y comporte presque comme un corps étranger aseptique ».

Contrairement à l'opinion de Sinclair, d'autres pensent aujourd'hui que la péritonite non puerpérale est presque toujours chez la femme une péritonite blennorrhagique.

La suppuration ovarienne est rare dans la blennorrhagie pure. M. Thibault[1] dit dans sa thèse : « Outre l'autorité de MM. Cornil et Terrillon, le simple exposé des observations de salpingites blennorragiques montre avec évidence la résistance complète de l'ovaire à la suppuration par le gonocoque dans les formes catarrhales où il se trouve seul sans action. »

Le pronostic des salpingo-ovarites à gonocoques, quelquefois grave, est d'une façon générale plutôt bénin. La guérison est possible, témoin l'observation publiée par Waldo[2]. Il s'agit d'une fille publique qui, consécutivement à une blennorrhagie, présenta une salpingite double, guérit et put devenir enceinte.

Les symptômes physiques, perçus par le palper abdominal combiné au toucher vaginal, sont dus ordinairement aux lésions de la trompe encore plus qu'aux lésions de l'ovaire ; c'est là un caractère clinique très important, parce que dans la salpingo-ovarite pure à gonocoques l'ovaire reste toujours petit, échappant généralement au toucher et au palper faits isolément ou combinés.

---

[1] Thibault. — Thèse de Paris, 1890.

[2] Waldo. — *Ann. of obst.*, 1890.

II. — Anatomie pathologique des salpingo-ovarites a gonocoques

§ 1 — Caractères macroscopiques

On n'a que rarement l'occasion, dit Reymond[1], d'étudier la salpingite à gonocoques à la période aiguë. Dans ces cas on trouve les annexes retenues seulement par de faibles adhérences. La trompe est augmentée de longueur et présente quelquefois de nombreux circuits sous le péritoine qui la recouvre : ces coudures se suivent bien mieux à cette époque que par la suite, lorsque le péritoine s'épaississant cache les replis sur lesquels il passe directement.

La trompe a augmenté d'épaisseur sous l'influence de la congestion : celle-ci donne à l'organe tout entier une couleur d'un rouge vif. Cette teinte est marquée surtout au niveau des franges épaissies mais toujours libres : « on presse sur l'extrémité de la trompe, dit Raymond, et on voit sortir du pavillon une goutte de pus épais et jaune, absolument semblable à celui qui coule du méat d'un blennorrhagique. »

L'ovaire est scléro-kystique ; la sclérose est surtout périphérique.

§ 2. — Caractères microscopiques.

a) *Pus.* — La présence du gonocoque dans le pus est certaine dans la salpingo-ovarite à gonocoques. Le tableau que nous avons donné plus haut montre sa fréquence. Le pus d'une salpingite à gonocoque encore récente présente l'aspect suivant : les leucocytes qui contiennent le groupe de

---

[1] Reymond. — *Loc. cit.*

gonocoques sont augmentés de volume ; les cellules épithéliales qui en possèdent, sont aussi plus volumineuses. De rares gonocoques se trouvent entre les cellules.

b) *Muqueuse et musculeuse.* — Dans la salpingite catarrhale d'origine blennorrhagique ou la pyosalpingite blennorrhagique, dans l'endométrite et la vaginite de même origine aussi le gonocoque se trouve en grande abondance.

En ce qui regarde l'invasion qu'il fait des tuniques des trompes, Bumm[1] prétend qu'il ne produit la desquamation épithéliale de la muqueuse qu'après s'être infiltré, non sans difficultés, entre les éléments cellulaires des couches profondes. Malheureusement il est mal aisé de vérifier cette opinion, car la recherche du gonocoque dans les coupes, comme le dit M. Raymond, est fort délicate, étant donné la difficulté avec laquelle ce microbe garde la matière colorante. Sur le revêtement épithélial de la muqueuse, quelquefois même le remplaçant, on voit une couche adhérente de pus; sous l'influence de l'inflammation, ces nombreux plis longitudinaux qui normalement apparaissent sur une coupe transversale, comme autant de franges, deviennent plus grands d'une manière fort sensible ; les ramifications tendent à s'effacer, et les cellules épithéliales qui les recouvrent se transforment très diversement: cellules globuleuses, cellules aplaties, etc., en perdant leur forme et leurs dimensions.

La couche de pus renferme un certain nombre non seulement de leucocytes, mais encore de cellules épithéliales desquamées et de globules de pus. Or, c'est dans ces cellules et dans ces leucocytes qu'on rencontre, comme nous l'avons dit plus haut, les gonocoques en plus grand nombre, une seule cellule ou un seul leucocyte en pouvant contenir 2, 5,

---

[1] Bumm. — Arch. f. Gyn. t. XXXI.
» Cent. f. gynecol. 1889.

10, 20 et même plus encore. Mais le gonocoque n'est pas là exclusivement ; on le trouve encore soit entre les cellules et les leucocytes du pus, soit en dehors de cette couche de pus, dans les cellules, soit enfin, mais seulement dans le cas d'une inflammation très intense, dans de nombreux leucocytes intermédiaires à ces dernières cellules.

Il résulte de ce qui précède qu'alors que l'on recherche le gonocoque soit dans la couche épithéliale de la muqueuse sur des coupes transversales, soit dans la pulpe qu'on obtient par le raclage, sa présence éclaire évidemment le diagnostic, mais que, d'autre part, son absence ne peut être en aucune manière un argument sérieux contre la nature blennorrhagique des lésions. En allant plus profondément dans le derme conjonctif de la muqueuse, on trouve en effet des leucocytes remplissant *les lymphatiques*, et à côté d'eux, il n'est pas impossible, bien que le fait manque de fréquence, de rencontrer des gonocoques.

Bumm n'a accordé au gonocoque qu'une extension assez limitée ; pour cet auteur, ce microbe ne prospère que sur des épithéliums cylindriques, et sa culture est plus difficile sur les muqueuses à épithélium pavimenteux ; ce ne serait donc que dans des cas très exceptionnels, sous l'influence d'un traumatisme par exemple, qu'on pourrait le trouver dans les tissus sous-épithéliaux.

Wertheim [1] a montré le premier, par ses recherches sur les animaux et ses coupes anatomo-pathologiques chez la femme, que le gonocoque pouvait pénétrer toutes les couches de la paroi tubaire, sans se trouver arrêté dans sa marche progressive ni par l'épithélium tubaire, ni par le péri-

---

[1] Wertheim. — La Gonococcie ascendante chez la femme. Arch. f. Gyn. Bd. 1892 et 1894, XL Heft. 1). Presse Médicale, 1903 ; n° 35, pag. 374.

toine. Depuis son travail, aucun autre n'a été fait sur la question, du moins au point de vue spécial de la trompe.

Dernièrement, E. Kraus[1], dans un article intitulé : *Présence du Gonocoque dans les couches profondes de la paroi de la trompe (La Presse Médicale*, du 2 mai 1903, n° 35, page 374, résume ce travail), confirme les recherches de Wertheim. Par l'examen de huit cas de salpingite gonococcique, cet auteur a pu se convaincre de la présence constante du gonocoque dans la partie profonde de l'épithélium, *dans la musculature*, le tissu conjonctif et le péritoine tubaire.

c) *Péritoine.* — A propos d'un cas de Bl. Sutton et à la suite de divers travaux, Mac Cann a été amené à examiner du pus de pyosalpinx et de péritonites consécutives : or il conclut de ses recherches qu'il s'agit, dans ces cas, d'infections associées, et il montre que le rôle du gonocoque dans la gonorrhée est de rendre le milieu, envahi par lui, particulièrement apte au développement des autres microorganismes. Il est ainsi disposé à admettre que l'inflammation causée par le gonocoque pur est de type adhésif et sans tendance à la purulence, seulement la condition est rarement remplie, et il n'y a rien d'étrange ainsi à ce que tant d'auteurs allemands aient signalé dans le pyosalpinx la présence de gonocoques. C'est pour la même raison que Wertheim a pu décrire un cas de péritonite dans lequel l'infection provenait des trompes et où le pus salpingien de même que l'exsudat péritonéal contenaient du gonocoque.

d) *Ovaire.* — L'abcès de l'ovaire à gonocoque n'est pas admissible pour Reymond, parce qu'il n'a trouvé le gonocoque ni dans les abcès ni dans les coupes ; il n'a même jamais vu de kyste de l'ovaire devenir purulent quand la

---

[1] E. Kraus. — (Monat. f. Geb. u. Gyn., 1902, août, Bd. XV, Heft, 2, p. 192). Presse Médicale, 1903 ; n° 35, pag. 374.

salpingite était causée par le gonocoque à l'état de pureté. Il a trouvé seulement les lésions suivantes : sclérose de la périphérie pouvant s'expliquer, d'après lui, par l'inflammation que détermine le pus en s'écoulant du pavillon, et formation de nombreux kystes folliculaires sous l'enveloppe scléreuse de l'ovaire.

Wertheim a trouvé un kyste purulent à gonocoque. Forster Scott [1], après avoir fait une distinction bien difficile à saisir entre l'ovarite parenchymateuse et l'ovarite interstitielle, déclare sans hésitation que l'ovarite aiguë est toujours consécutive à une vaginite blennorrhagique.

III. — Pathogénie

Maintenant que nous connaissons les différentes lésions caractéristiques de la salpingo-ovarite à gonocoques nous serons en mesure de mieux comprendre la pathogénie, si controversée, de cette affection.

La salpingite blennorrhagique est toujours précédée d'une blennorrhagie urétrale et vaginale qui se propage au col et au corps de l'utérus, et qui de là gagne les trompes.

Par quelle voie pénètrent donc les gonocoques?

Luther [2] propose trois voies de propagation :

a) Propagation par continuité de la muqueuse.

b) Propagation par continuité à travers les tissus.

c) Propagation par voie sanguine.

Mais d'après ce même auteur la propagation par continuité à travers les tissus est extrêmement rare, de même la voie sanguine proprement dite, tandis que celle par voie lymphatique est très fréquente.

---

[1] Forster Scott. — The Americ. Journal of Obst. 1894.

[2] Luther. — Saml. Klin. Vertrüge-Leipsig, 1893.

Ainsi les voies de propagation se réduisent à deux :

a) *La propagation par voie lymphatique.* — Y a-t-il possibilité pour le gonocoque de passer, par la voie lymphatique de l'urètre ou du vagin, à la trompe et à l'ovaire? C'est l'opinion que seul ou à peu près seul soutient encore M. le Dr Lucas-Championnière[1]. L'auteur s'appuie sur les recherches anatomiques de MM. Cruiskschank, Cruveilhier[2], Sappey[3], Quénu[4], Poirier[5] et celles surtout de M. Lucas-Championnière[6] lui-même.

Il a décrit en particulier au niveau des angles de l'utérus des lymphatiques superficiels qui se perdent dans le ligament large en arrière et au-dessous de la trompe, entre la trompe et le ligament de l'ovaire et surtout au-dessous de l'ovaire et de la trompe; des relations importantes, complétant les rapports anatomiques déjà si étroits, sont établies entre l'ovaire et la trompe.

« En réalité (ce sont les paroles mêmes de M. Lucas-Championnière prononcées à la Société de Chirurgie) que vous supposiez la salpingo-ovarite d'origine utérine, puerpérale, opératoire ou blennorrhagique, vous retrouverez toujours les lymphatiques péri-utérins s'en allant du côté des angles de l'utérus, lymphatiques énormes, empoisonnant le réseau de l'ovaire ou celui de la trompe, ou les deux à la fois provoquant leur inflammation et les péritonites partielles de la surface du péritoine, sous lequel ils rampent; de là, les adhérences et la fixation des annexes. »

---

[1] Lucas-Championnière. — Thèse de Paris, 1870.

[2] Cruveilhier. — Anatomie Pathologique.

[3] Sappey. — Anatomie descriptive.

[4] Quénu. — Bull. et mém. de la Soc. de Chirurgie, 12 décembre 1888, p. 954.

[5] Poirier. — Progrès médical, 1889 et 1890.

[6] Lucas-Championnière. — Bull. de la Société de Chirurgie, décembre 1888.

b) *La propagation par la voie muqueuse.* — La propagation de muqueuse à muqueuse est la voie la plus souvent suivie par les gonocoques, si bien que Streinschneider[1], sur 34 cas de blennorrhagie, a pu 34 fois rencontrer le gonocoque dans le col utérin, et que dans toutes les observations de Reymond et de Yordanoff[2] on trouve une endométrite blennorrhagique antérieure à la salpingite. Dès la première infection, les germes infectieux sont venus à l'embouchure des trompes, et de là ils ont continué leur chemin sur la muqueuse tubaire. La muqueuse utérine est donc presque toujours atteinte au cours de la blennorrhagie. « Et qu'y a-t-il là d'étrange ! Le gonocoque ne passe-t-il pas chez l'homme de la même manière, de l'urètre à l'épididyme ? Il est établi aujourd'hui par les gynécologistes les plus compétents que, d'une façon générale, les femmes, mariées ou non, contractent en très grand nombre la chaude-pisse, et que chez la plupart de ces malades survient l'extension aux annexes de l'inflammation gonococcique. » — M. Camescasse[3], dans sa thèse, nous révèle que la fièvre puerpérale est due, le plus souvent, au microbe de Neisser qui gagne ensuite la trompe et l'ovaire

Quant à nous, nous pensons, avec Wertheim[4] et Kraus[5], *que la voie de pénétration du gonocoque dans la paroi tubaire est double : soit que les germes aillent directement de l'intérieur de la trompe vers la périphérie, de l'épithélium à travers le muscle jusqu'à la séreuse ; soit au contraire qu'ils passent d'abord sous le péritoine, par les lymphatiques et pénètrent ensuite la paroi de la trompe.*

---

[1] Streinschneider. — Berlin. Klin. Woch., 25 avril 1887, nº 27.

[2] Reymond et Yordanoff. — *Loc. cit.*

[3] Camescasse. — Thèse de Paris, 1893.

[4] Wertheim. — *Loc. cit.*

[5] E. Kraus. — *Loc. cit.*

B. — Salpingo-ovarite à streptocoques

I. — Caractères généraux de la salpingo-ovarite a streptocoques

Toute salpingo-ovarite puerpérale est presque toujours une salpingo-ovarite à streptocoques.

Le tableau suivant donne une vue d'ensemble sur la fréquence des salpingo-ovarites à streptocoque.

AUTEURS	NOMBRE de cas examinés	NOMBRE de salpingo-ovarites à streptocoques
Witte (*loc. cit.*)	39	4
Zweifel (*loc. cit.*)	34	3
Schanta (*loc. cit.*)	114	14
Kaltenbach et Eberth (Zeit. für Geb. und. gyn. 1889)	»	1
Wertheim (*loc. cit*)	116	6
Morax (Ann. de Gyn. et d'Obst.)	»	4
Reymond (*loc. cit.*)	27	11

Au premier rang des causes de l'inflammation des annexes, il faut placer l'infection puerpérale. Cette infection, elle-même, succède soit à un accouchement à terme laborieux et long, soit plus souvent encore à un avortement, ou encore à une métrite post-abortum. Viennent ensuite les contaminations par l'exploration et l'intervention obstétrico-chirurgicale.

La marche de la maladie est essentiellement chronique, coupée de poussées aiguës. Les malades deviennent de véritables infirmes Le pronostic est assez grave. Les compli-

cations sont fréquentes. Les lésions des annexes, outre qu'elles entraînent fatalement la stérilité, condamnent les malades, quand elles sont bilatérales, ce qui est presque toujours la règle dans la salpingo-ovarite à streptocoques, à une existence de douleurs incessantes, de troubles sans nombre dont il est impossible de prévoir le terme.

Les symptômes physiques perçus par le palper combiné sont dus ordinairement aux lésions de l'ovaire (caractère clinique important) encore plus qu'aux lésions de la trompe. Tandis que, comme nous l'avons vu, dans la salpingo-ovarite à gonocoque, l'ovaire reste toujours petit, échappant généralement au toucher et au palper.

La température est, en général, assez élevée, mais après être restée quelques jours entre 38° et 39°, 41°-42° même, elle descend à la normale.

II. — Anatomie Pathologique des Salpingo-ovarites a streptocoques

§ I. — Caractères macroscopiques

Dans la salpingo-ovarite à streptocoques la trompe est moins atteinte que l'ovaire, qui est gros et qui contient presque toujours des abcès ou des kystes contenant du pus. Par là la salpingo-ovarite due au streptocoque est le contraire de la salpingo-ovarite à gonocoques, dont la trompe est rouge et longue, l'ovaire petit, les ailerons minces.

Même différence en ce qui regarde la participation du péritoine à l'inflammation : peu grave dans les salpingo-ovarites à gonocoques, elle est très grave si elle est due au streptocoque, parce que souvent alors la péritonite peut se généraliser et entrainer avec elle toutes ses conséquences. Dans la blennorrhagie en effet, les adhérences péritonéales

se localisent autour du pavillon, car elles sont consécutives à l'écoulement du pus par ce pavillon, dans la cavité péritonéale. Dans la salpingo-ovarite à streptocoques, au contraire toute l'épaisseur des tissus est intéressée et le péritoine est contaminé par sa face profonde. La péritonite généralisée mortelle est donc due d'ordinaire aux streptocoques et souvent alors consécutive à la rupture d'un pyosalpinx.

§ II. — Caractères microscopiques

Les streptocoques se trouvent dans le pus, la muqueuse, la musculeuse, le péritoine et l'ovaire.

a) Pus. — A l'examen microscopique du pus on voit toujours un grand nombre de cellules épithéliales desquamées très modifiées, sans cils vibratiles, et des leucocytes moins nombreux que les cellules épithéliales. Entre les cellules et les leucocytes sont de nombreux streptocoques.

b) Muqueuse et musculaire. — Au début de la maladie, muqueuse et musculaire ne subissent que de légères modifications. Plus tard la muqueuse s'épaissit, le tissu conjonctif s'hypertrophie. On rencontre les streptocoques tantôt à la surface de la muqueuse, tantôt et plus souvent entre les cellules épithéliales. Plus on examine profondément, plus on voit de très nombreux streptocoques entre les fibres conjonctives dans les cellules et les leucocytes ; les lymphatiques sont distendus par eux. Quand on examine une coupe de la trompe, dit Reymond, souvent, alors même que la muqueuse ne présentait pas de lésions nettes, on aperçoit des streptocoques entre les cellules musculaires et dans leur intérieur.

c) *Ovaire.* — Le tissu de l'ovaire est sclérosé, semé de petits abcès qui contiennent des streptocoques et des globules de pus. Les vaisseaux sont dilatés.

Ovarite suppurée. — Dans les traités classiques, l'ovarite

isolée suppurée n'a pas d'histoire à elle. On décrit ses lésions après celles du pyosalpinx, et l'ensemble constitue la salpingo-ovarite suppurée. Mais il est des cas exceptionnels, comme dit M. Bouilly [1], où l'ovaire peut être suppuré sans qu'il y ait salpingite; il semble donc y avoir eu une « *ovarite primitive* ». Mauger [2], dans sa thèse inaugurale, donne une vingtaine d'observations. La pathogénie de cette ovarite suppurée semble surtout se produire, d'après M. Bouilly, dans les cas d'infection puerpérale aiguë ou subaiguë par la voie des lymphatiques utérins passant à travers le ligament large et en connexion intime avec l'ovaire; la muqueuse tubaire est respectée et il n'y a pas de salpingite concomitante ». Pour Lucas-Championnière il faut admettre une lymphangite portant sur les gros vaisseaux qui, nés de la région du col, viennent ramper sur le pourtour de la trompe et s'abouchent à ce niveau avec les vaisseaux de l'ovaire. L'ovarite suppurée existe souvent seule. La lésion est presque toujours unilatérale. Quand la trompe est prise, elle présente des lésions pariétales. Le ligament large est épaissi, œdématié, infiltré. Il cravate en avant la tumeur ovarienne et présente quelquefois dans son intérieur de petits abcès lymphatiques. L'ovarite suppurée peut rester absolument latente pendant des années (forme latente) jusqu'au jour où par le palper et le toucher on découvre la collection ovarienne. — Elle procède souvent par crises subaiguës, s'échelonnant sur une très longue période, et dans l'intervalle des crises, la santé est parfaite. Elle se révèle brusquement par une crise aiguë que rien ne faisait prévoir éclatant en pleine santé. — Les métrorrhagies sont très fréquentes au cours de l'ovarite suppurée.

---

[1] Bouilly. — Manuel de Pathologie externe.

[2] Mauger. — Thèse de Paris, 1901.

Parmi les auteurs qui ont étudié l'ovarite suppurée, nous citerons Paul Petit[1], Etienne et Demange[2], Dalché[3], Edehols[4] et Dudley[5], etc.

Voici, d'après Dudley, quelle serait la pathogénie des abcès de l'ovaire Le schéma ci-contre (que nous empruntons à son traité de Gynécologie) nous aidera à comprendre le mécanisme *(fig. 2)*.

D'après cet auteur, les lymphatiques de l'utérus partis de cet organe, suivent le chemin *a-b-c* (côté droit de la figure) pour se rendre au paramétrium ; au point *b*, ils reçoivent les lymphatiques venus des Annexes. Donc, toute inflammation de l'utérus se propagera au paramétrium en suivant cette voie.

Si nous supposons maintenant qu'au point *c'* (côté gauche de la figure) il se forme une thrombose, la voie étant oblitérée, l'inflammation, au lieu de se propager vers le paramétrium, sera obligée de suivre le trajet indiqué par la flèche A, c'est-à-dire de *a'-d'*, de l'utérus à l'ovaire.

Pour plus de détails sur l'histoire des abcès de l'ovaire voir les chapitres de Symptomatologie et de Diagnostic.

III. — Pathogénie.

Presque toutes les femmes atteintes de salpingites à streptocoque ont eu à un moment donné des accidents puer-

---

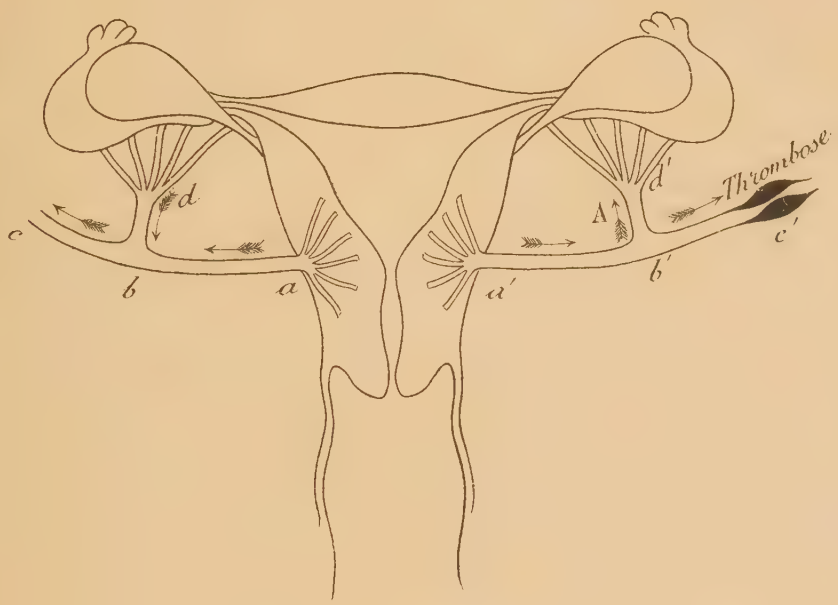
[1] Paul Petit.— De l'ovarite (Nouvelles Arch. de Gyn. et d'Obst., avril, 1892).

[2] Etienne et Demange.— Chlorose aiguë liée à l'existence probable d'une Ovarite aiguë. Presse Méd., 1889.

[3] Dalché.— De l'ovarite. Thèse de Paris, 1885.

[4] Edehols. — New-York, Med. Journ. 1892.

[5] E.-C. Dudley.— Diseases of Women : A treatise on the principles und practice of Gynecology. London, 1900.



Fig, II. — Shows reversal of current in lymphatics or veins due to trombosis (Suggested by Ries).

péraux. Cependant Kaltenbach[1] aurait observé une ovarite à streptocoque chez une vierge. Zweifel[2] rapporte le cas d'une vierge encore qui, à la suite d'une fièvre typhoïde, eut une salpingo-ovarite adhérente à l'intestin et contenant des streptocoques.

Pour Yordanoff, la puerpéralité est la grande cause de l'infection des annexes par le streptocoque ; mais la puerpéralité n'en est pas la seule. A la suite d'adhérences des annexes et de l'intestin, les streptocoques peuvent passer par ces adhérences, ce qui est la règle pour le bactérium-coli.

Pour Stroganoff[3], le col utérin ne possède pas de microbes à l'état normal. Bumm[4] dit dans le même sens qu'il n'a jamais trouvé de streptocoques dans les sections normales du vagin. Tout opposées sont les conclusions de Samschim[5] de Winter[6] et de Kaltenbach.

Krönig[7], dans un travail de 1894, arrive aux conclusions suivantes : le vagin des femmes enceintes non touchées est aseptique, la cavité du corps utérin en contient dans la moitié des cas. L'auteur a enlevé 40 trompes d'apparence saine, prises sur 31 malades et les a examinées aussitôt après l'opération ; 29 étaient stériles, 11 déterminèrent des cultures.

Montprofit[8] a pensé que les éléments infectieux pénètrent par toutes les voies, par les trompes et les lymphatiques, mais surtout par les lymphatiques. C'est l'opinion de Lucas-Championnière. Pour Macquart-Moulin[9] au contraire, la pro-

---

[1] Kaltenbach. — Zeit. f. Geb. und Gyn. 1889.

[2] Zweifel. — *Loc. cit.*

[3] Stroganoff. — Saint-Pétersbourg 1893 Ann. de Gyn. et d'Obst. 1894.

[4] Bumm. — Centr. f. gyn. 6 juillet 1889. n° 27.

[5] Samschin. — Deutch. med. Wochensch. 1890.

[6] Winter. — Zeih. für Geb. und. Gyn. Bil. XIV Heft. 2.

[7] Krönig. — Centralblatt fur Gyn. 1894 et Arch. de Gyn. et d'Obst. 1894.

[8] Montprofit. — Thèse de Paris 1888.

[9] Macquart-Moulin. — Th. Paris 1892.

pagation se fait par les muqueuses et point n'est besoin d'invoquer la voie lymphatique. Bumm d'autre part fait jouer aux veines le rôle le plus important. Pour lui les streptocoques pénètrent directement à travers la paroi utérine, la propagation par l'oviducte étant tout à fait exceptionnelle, parce qu'elle ne peut avoir lieu que si la trompe déjà malade communique avec l'utérus par un très large orifice. Les veines par lesquelles se fait la propagation sont thrombosées *(fig. 2)*.

En résumé la propagation du streptocoque peut se faire de muqueuse en muqueuse, mais c'est un fait exceptionnel, parce que le streptocoque placé sur la muqueuse ne reste pas comme le gonocoque à la surface mais la traverse aussitôt pour pénétrer plus profondément. Quant à la propagation par voie lymphatique ou par voie veineuse, nous croyons qu'il les faut admettre l'une et l'autre.

C. **Salpingo-ovarite à staphylocoques.** — Les salpingo-ovarites à staphylocoques sont rares, si bien que lorsqu'elles se présentent on est en droit de se demander si l'invasion de la trompe et de l'ovaire par le staphylocoque n'est pas secondaire. M. Reymond n'en rapporte aucune observation, et même, à son jugement, les auteurs qui ont trouvé le staphylocoque ont porté le diagnostic bactériologique très facilement. Yordanoff, dans une recherche confirmée par M. Griffon, a trouvé le staphylocoque et une fois même le staphylocoque pur. Reste à savoir si le staphylocoque seul peut produire une salpingo-ovarite ou s'il se trouve toujours secondairement dans les annexes, ce qui est notre manière de penser.

D. **Salpingo-ovarite à bacterium coli.** — La salpingo-ovarite à bacterium coli n'est pas très rare, mais en général

on peut dire qu'à la différence de celles examinées déjà elle est rarement primitive.

Reymond la signale 8 fois sur 27 cas. Morax et Hartmann 1 fois sur 33 cas.

La salpingo-ovarite à bacterium coli est presque toujours secondaire : dans un 1/3 de cas elle succède à une infection blennorrhagique, dans les 2/3 elle apparaît à la suite d'accidents puerpéraux.

D'où vient le bacterium coli dans les annexes ?

Tous les auteurs ne sont pas d'accord sur son origine. Pozzi avait parlé de l'infection possible par des adhérences de l'intestin avec les annexes. Clado [1] a décrit des lymphatiques unissant ceux du cæcum à ceux des annexes ; peut-être y a-t-il là une seconde voie ouverte à l'invasion du bacterium-coli.

La propagation du bacterium-coli se fait par contiguité des tissus : une fois l'intestin enflammé, l'inflammation se propage aux annexes, et à celle-ci sont dues les adhérences ; c'est par ces adhérences que passent les bacterium coli.

---

[1] Clado. — Société de biologie. Gazette des Hôpitaux 6 février 1899.

CHAPITRE IV

Etiologie des lymphangites péri-utérines

1. — Lymphangite bénigne. — Les auteurs ont décrit la phlegmasie péri-utérine bénigne en la confondant avec le phlegmon du ligament large et avec la pelvi-péritonite ; en effet, cette phlegmasie est souvent liée aux deux autres. Ce n'est guère que comme lésion accessoire qu'on l'observe dans les hôpitaux ; les douleurs qu'elle provoque sont trop légères pour que les malades se présentent aux consultations; c'est de préférence dans la clientèle privée qu'on rencontre cette maladie. Il est certaines catégories d'affections, dit M. de Sinety, qu'on rencontre rarement dans les services hospitaliers ; l'explication est facile à trouver. Les causes principales sont l'accouchement, l'avortement, les métrites, les cautérisations intempestives, les excès de coït au moment de l'époque menstruelle, les voyages de noce, la blennorrhagie.

2 — Lymphangite suppurée (Abcès péri-utérins). — La lymphangite suppurée est toujours d'origine utérine, et de plus elle est de nature septique. Toutes les fois qu'on est en présence d'un abcès péri-utérin, sauf quelques rares exceptions, on peut affirmer que l'utérus est malade, qu'il y a de la métrite, et très souvent de la métrite du col (trachélite).

En effet, de même qu'une piqûre anatomique du doigt retentit sur les lymphatiques de l'avant-bras, qu'une lymphangite du sein est consécutive à une gerçure du mamelon, etc., etc., de même, disons-nous, toute inflammation

de l'utérus (corps et col), ainsi que de l'extrémité supérieure du vagin, retentit sur les lymphatiques péri-utérins.

Donc, dans tous les cas où l'utérus est infecté, il peut causer une inflammation des lymphatiques qui y prennent naissance. Quand nous disons que, dans tous les cas où l'utérus est infecté, il peut se développer une lymphangite péri-utérine, nous n'entendons nullement dire que cette affection doive fatalement se produire partout où il y aura un utérus infecté. En effet, combien de femmes voit-on tous les jours se promener dans les rues avec une métrite, sans aucune affection péri-utérine? Mais il faut savoir que la moindre aggravation de l'état utérin chez une femme souffrant de métrite, aggravation qui survient souvent à la suite d'une grande fatigue, d'un froid, d'une injection très froide, d'excès de fatigue de toutes sortes, excès de coït, pourra suffire à faire naître la lymphangite. Il suffira souvent de la simple introduction d'un hystéromètre septique ou d'un toucher vaginal pratiqué avec des doigts sales.

Quelles sont les causes d'infection de l'utérus? Enumérer toutes les causes possibles d'infection de l'utérus, ce serait faire l'étiologie des métrites et nous ne pourrions le faire sans trop nous écarter de notre sujet.

Nous en avons déjà cité pas mal dans le chapitre de la Pathogénie. Nous étudierons successivement les causes puerpérales et les causes non puerpérales.

1° Causes Puerpérales. — Les cas d'infection puerpérale étaient évidemment les plus fréquents avant l'application de l'antisepsie aux accouchements. Ils sont aujourd'hui presque exceptionnels. On les trouve encore assez fréquemment à la suite des avortements criminels. Nous ne nous occuperons pas ici des cas puerpéraux, parce qu'ils sont en dehors du cadre que nous nous sommes imposé. — La déchirure

du col ; la rétention des membranes sont autant de causes.

2° Causes non Puerpérales. — 1° *Troubles de la menstruation* (métrite virginale et métrite de la ménopause) par une vive congestion de la muqueuse utérine (Pozzi).

2° *Copulation.* — Les excès de coït, surtout s'ils ont lieu pendant les règles ou s'ils coïncident avec d'autres fatigues comme celles du voyage de noce.

3° *La Blennorrhagie.* — La possibilité de la propagation de l'inflammation de la vaginite blennorrhagique aux lymphatiques de la région est indéniable, puisque, chez l'homme, tout le monde admet le bubon à la suite de l'uréthrite. La possibilité de l'infection à la suite de la syphilis est aussi bien démontrée (Léon Bonnet).

L'infection blennorrhagique peut demeurer longtemps latente chez la femme, atténuée et localisée au col utérin. Ce n'est souvent que sous l'influence d'une exploration intempestive, d'un avortement ou d'un accouchement, agissant comme une cause occasionnelle, que l'infection gagne les lymphatiques. Nöggerath prétend que, chez les femmes gonorrhéïques, l'accouchement est suivi d'endométrite et de périmétrite dans la proportion de 75 %.

4° *Traumatismes.* — La contusion chronique produite par un pessaire mal appliqué, surtout des pessaires à tige intra-utérine lesquels sont des agents dangereux quand ils ne sont pas exactement surveillés par le chirurgien.

Toute opération quelconque dans l'intérieur du canal génital, toucher, cathétérisme, abaissement, cautérisation, dilatation, incision, curettage, peut devenir le point de départ d'une inflammation péri-utérine compliquant une métrite préexistante, si les précautions antiseptiques n'ont pas été observées.

L'étiologie donc des abcès péri-utérins peut être ainsi résumée : les germes pathogènes, partis de l'utérus, se propagent par la voie lymphatique pour gagner le tissu cellulaire péri-utérin. — Les affections de l'utérus tiennent par conséquent la place principale dans cette étiologie. Parmi les conditions utérines, celle qui agit le plus souvent, c'est incontestablement l'accouchement ou l'avortement. Cette cause est même si souvent active qu'elle a été considérée comme la seule. Ceci n'est pas exact, car, comme nous l'avons vu, les abcès péri-utérins existent très fréquemment en dehors de la puerpéralité où les lymphatiques et les ganglions qui proviennent de l'utérus sont susceptibles de s'enflammer et de donner lieu à des abcès. C'est là l'opinion des gynécologistes les plus expérimentés (Mary, Lucas-Championnière, Martineau, Freund, Delbet, et celle de notre maître M. Tédenat). Les circonstances étiologiques qui président au développement des lymphangites péri-utérines en dehors de la puerpéralité sont très nombreuses : la métrite, l'action du froid pendant les règles, la blennorrhagie, les diverses opérations qui se pratiquent sur l'utérus, surtout les manœuvres intra-utérines, une course à cheval (Fichet), etc., etc.

Les suppurations des trompes peuvent-elles déterminer secondairement des abcès péri-utérins ? D'après Delbet, oui, et de deux façons : 1° Par propagation de l'inflammation de la trompe aux lymphatiques qui en viennent ; 2° par rupture du conduit tubaire.

Souvent l'abcès péri-utérin peut coexister avec un abcès de l'ovaire. Quelques auteurs ont supposé que l'abcès péri-utérin était engendré par l'abcès de l'ovaire. Pour Delbet il est plus rationnel d'admettre que les deux affections sont toutes deux et au même titre d'origine lymphatique

CHAPITRE V

Symptomatologie des lymphangites péri-utérines

I. **Lymphangite bénigne.** — Cette forme de lymphangite se rencontre plutôt chez les malades de la ville, que dans les services hospitaliers, où rentrent surtout des femmes qui viennent demander un soulagement aux douleurs violentes déterminées par le phlegmon du ligament large ou la pelvi-péritonite, ou par un abcès péri-utérin.

a) *Interrogatoire.* — Douleur peu marquée ; sensation de pesanteur dans le bas-ventre et dans la région des lombes ; la marche, la station debout, fatiguent ; les malades peuvent se lever, vaquer à leurs occupations journalières sans beaucoup de difficultés. L'aspect général n'est pas inquiétant ; le faciès est un peu pâle. La menstruation présente des variations assez constantes ; l'écoulement menstruel est diminué ou supprimé pendant deux et quelquefois trois mois. Quelquefois, au contraire, les règles reviennent plusieurs fois par mois ; d'autres fois, les malades nous disent qu'elles ont des pertes présentant un caractère peu alarmant. Les malades accusent une constipation continue ; quelquefois des coliques violentes qui effrayent l'entourage et qui feraient songer à la pelvi-péritonite, si l'absence de fièvre, de vomissements, de faciès grippé, etc., ne venait montrer au praticien qu'il fait fausse route. Pas de troubles de la miction.

b) *Inspection.* — Rien de particulier.

c) *Palpation.* — La palpation abdominale est facilement supportée.

d) *Exploration vaginale.* — Augmentation de la température du vagin ; les culs-de-sac ont perdu leur souplesse ; ils sont sensibles au toucher et présentent un degré plus ou moins marqué d'empâtement. Ils sont le siège de tuméfactions manifestement rénitentes et de volume variable, depuis les dimensions d'une noisette jusqu'à celles d'une grosse mandarine ; le plus souvent, ces tuméfactions sont uniques, quelquefois elles sont doubles et séparées entre elles par un sillon ; elles peuvent occuper les divers culs-de-sac. La tuméfaction peut subir de grandes modifications d'un jour à l'autre, et parallèlement les symptômes varient comme intensité ; ils s'accompagnent rarement de phénomènes fébriles.

L'examen au spéculum ne donne aucun renseignement ; en outre, son application est un peu douloureuse.

Après un certain nombre de *poussées aiguës*, on voit l'empâtement se résoudre et faire place à des tumeurs indépendantes de l'utérus, lequel peut être redevenu tout à fait mobile. « Cependant, dit Sinety, on ne doit pas oublier qu'une première atteinte prédispose à une seconde. Il n'est pas rare de voir des malades présenter une série de poussées successives, après une période plus ou moins longue de guérison apparente. Chez d'autres sujets, des tumeurs de ce genre disparaissent encore plus promptement, au point que, si le résultat de l'exploration quotidienne n'avait pas été noté exactement, on croirait presque avoir été le jouet d'une illusion. »

II. — **Lymphangite suppurée (Abcès péri-utérins).** — Les malades peuvent se présenter devant nous dans deux circonstances différentes. Tantôt elles viennent nous trouver parce qu'elles sont prises depuis peu de temps de violentes

douleurs dans le bas-ventre, s'irradiant dans les cuisses et dans les reins, s'accentuant pendant la marche ; elles nous disent qu'elles ressentent de la fièvre, des frissons, quelquefois même des nausées et des vomissements ; il y a tantôt de la constipation, tantôt de la diarrhée : *c'est la forme aiguë.*

Tantôt, au contraire, elles viennent nous trouver parce que, depuis bien longtemps, elles souffrent ; elles nous disent même souvent qu'elles ont une métrite de date ancienne, et que depuis quelques jours seulement leurs douleurs se sont accrues ; actuellement, elles se plaignent d'avoir de la fièvre, des frissons et des douleurs plus vives que d'habitude, surtout au moment des règles. Si nous poussons l'interrogatoire, nous apprenons que ces femmes présentent habituellement de la leucorrhée, des irrégularités de la menstruation, de la dyspepsie ; nous constatons de l'amaigrissement. Enfin, si nous poussons l'interrogatoire plus loin, nous apprenons que c'est à la suite d'un voyage fatigant (la malade de de Sinety accusait ses douleurs aussitôt après son voyage d'Amérique en France) ou à la suite d'un abus de coït ou à la suite d'un traumatisme quelconque de l'utérus (injection pratiquée d'une façon défectueuse) ou tout autre accident, que les phénomènes antérieurs se sont accentués, et les ont obligées à venir nous consulter.

Nous procédons alors à l'examen physique.

1° Palper abdominal. — Le palper ne nous apprend pas ordinairement grand chose. Rarement la lymphangite se propage vers la région inguinale ou obturatrice ; on sent dans ces conditions des ganglions rouler sous le doigt.

2° Toucher vaginal. — C'est le moyen d'exploration par excellence qui nous aidera à faire le diagnostic de la lésion et de son siège. Tout d'abord il nous apprend que le vagin

est chaud, douloureux à la pression et quelquefois empâté sur les côtés. Nous passons aussitôt à l'examen des culs-de-sac :

a) *Abcès péri-utérin latéral.* — Dans la plupart des cas nous trouvons la lésion siégeant au-dessus des culs de-sac latéraux, de chaque côté de l'isthme. Quand on voit la malade tout à fait au début, on sent sur les côtés de l'utérus un cordon douloureux qui n'est autre chose qu'un lymphatique enflammé, partant de l'isthme et se rendant quelquefois à une tumeur grosse comme un haricot, mobile, douloureuse à la pression, située au-dessus du cul-de-sac latéral du vagin sur les côtés et un peu en arrière du col de l'utérus, où siège le ganglion décrit par Lucas-Championnière. D'autres fois on sent un paquet de lymphatiques enflammés offrant, selon l'expression de Cautin, les caractères de vers enroulés. Dans les cas moins récents, mais peu accentués, on ne trouve qu'un peu d'empâtement sur l'un des côtés du col avec lequel il se confond : *on ne sent aucun sillon de séparation.* Cet empâtement pourrait empiéter légèrement sur les faces postérieure et antérieure du col et avoir alors la forme d'un croissant.

Si la tumeur envahit un grand espace et se propage plus ou moins loin dans le ligament large, on a le type clinique désigné sous le nom de phlegmon du ligament large.

b) *Douglassite essentielle* (abcès péri-utérin postérieur). — Supposons que nous n'avons rien trouvé dans les culs-de-sac latéraux, nous continuons notre exploration digitale dans le cul-de-sac postérieur. La pression sur ce cul-de-sac occasionne une douleur assez vive ; quelquefois même cette douleur est si vive qu'on croit à la présence d'un névrome existant dans le Douglas (nous avons vu signaler cette erreur dans une des observations de M. Condamin). On sent parfois le col haut, attiré du côté du sacrum quand des brides

nombreuses le fixent à la paroi rectale, ou bien on sent l'orifice en avant quand il n'existe guère que de la rétraction des ligaments de Douglas [1]. La moindre traction du col en avant est très douloureuse et le médius sent alors dans le cul-de-sac les ligaments utéro-sacrés comme deux cordons qui partent de chaque côté du col et qui offrent une sensibilité spéciale. Parfois aussi, des brides péritonéales sillonnent en si grand nombre le Douglas qu'il est très difficile de faire remonter son doigt à la partie postérieure du col et que le Douglas est presque effacé.

Ainsi donc, toutes les fois que le toucher vaginal nous donnera les signes précédents, nous pouvons diagnostiquer : Douglassite simple, ou encore lymphangite postérieure. A plus forte raison si notre malade nous accuse parmi, les différents symptômes fonctionnels, des douleurs pendant la marche et la station debout, et surtout des souffrances exagérées pendant la défécation, qui s'expliquent facilement par des tiraillements lors du passage des matières sur les replis du Douglas.

c) Abcès péri-utérin antérieur. — Rarement nous trouverons l'absence complète d'empâtement dans les culs-de-sac latéraux ou postérieur. Si alors le doigt, en explorant le cul-de-sac antérieur, donne la sensation d'un empâtement situé en avant du col de l'utérus, entre cet organe et la vessie, au-dessous du repli péritonéal utéro-vésical, nous pouvons conclure à cette variété d'abcès péri-utérin antérieur, que nous avons exposé dans le chapitre III.

Quant à la variété d'abcès péri-utérin supérieur, que nous

---

[1] M. Condamin, dans le cas de Douglassite, a préconisé un procédé qui consiste à introduire deux doigts dans le vagin ; on accroche avec l'index la lèvre postérieure du col et on cherche à l'attirer en avant, pendant que le médius plongeant dans le cul-de-sac rétro-utérin explore le Douglas.

avons désigné sous le nom d'abcès situé près du fond ou de la corne utérine, et que nous avons décrit dans le chapitre III, le toucher vaginal ne donne pas de renseignements précis.

3° Examen au spéculum. — L'examen au spéculum ne peut renseigner que sur l'état du col. A part cela, il n'est d'aucune utilité pour le diagnostic.

4° Toucher rectal. — Il n'y a que pour le diagnostic de la Douglassite que le toucher rectal peut être d'une certaine utilité, surtout s'il est combiné avec le toucher vaginal. Il est, au contraire, un moyen d'exploration indispensable pour le diagnostic des abcès situés de chaque côté et même derrière le rectum, abcès consécutifs à une infection utérine. Cette forme a été étudiée dans le chapitre de l'Anatomie Pathologique.

III. — **Symptomatologie des Abcès de l'Ovaire.** — Nous avons pu voir, à propos de la Pathogénie de ces abcès, que l'infection se propageait de l'utérus à l'ovaire par la voie lymphatique, et ceci est facile à expliquer puisque la trompe, dans ces cas, est saine : il n'y a pas de salpingite concomitante. Nous allons maintenant étudier la symptomatologie de ces abcès :

Nous pouvons être appelé à voir la malade dans deux circonstances différentes :

1° Pendant la crise ;

2° En dehors des crises.

Pendant la Crise. — La malade accuse de violentes douleurs dans un des côtés du ventre, s'irradiant dans les reins, dans les cuisses, dans les genoux. Il y a de la température, 38°-39° ; du météorisme. La palpation même superficielle est très douloureuse, plus accentuée du côté malade. Tout

semble se calmer pendant quelques instants, puis les douleurs reviennent plus aiguës et arrachent des cris à la malade. Les crises peuvent durer huit à dix jours, quelquefois davantage, puis tout se calme, les exsudats se résorbent, et la malade peut se considérer comme en partie guérie.

En dehors de la crise. — La malade vient nous consulter parce qu'elle sent une pesanteur dans le ventre, et une douleur plus vive d'un côté que de l'autre. Elle souffre davantage au moment de ses règles, et c'est à ce moment-là qu'on peut voir éclater la grande crise que nous venons de décrire. Elle a des pertes sanguines. Les règles durent plus longtemps que d'habitude, 7, 9 et même 10 jours. Chez d'autres malades cet écoulement est continu. On a noté aussi des écoulements purulents ou muco-purulents. A l'inspection générale, nous voyons qu'elle est pâle, jaunâtre, le faciès cachectique, les traits tirés; enfin elle nous dit qu'elle a beaucoup maigri depuis sa maladie.

Les signes physiques sont les suivants :

Le palper, la plupart du temps, nous donne une tumeur occupant une fosse iliaque remontant plus ou moins haut dans l'abdomen, au-dessus de l'arcade de Fallope, *atteignant quelquefois l'ombilic*, et dépassant même quelquefois franchement la ligne médiane pour passer du côté opposé.

Cette tumeur est dure, régulière et indépendante de l'utérus. La percussion nous donne de la matité au niveau de la tumeur.

Nous trouvons, par le toucher vaginal, une poche à parois épaisses dans laquelle il y a du liquide ; cette poche est indépendante de l'utérus. Entre les deux organes existe un sillon dans lequel le doigt s'enfonce. Les mouvements que l'on communique à la tumeur ovarienne ne se transmettent pas à l'utérus.

A côté de ces signes, il faut noter l'existence d'une collection séreuse située dans la grande cavité péritonéale superficiellement, et à grande distance de la cavité pelvienne. Cette particularité est vraiment peu commune ; elle a été signalée par notre maître, le professeur Tédenat, en France, et par MM. Duncan [1] et Ernest Herman [2], en Angleterre. Nous ne l'avons pas vue signalée par les différents auteurs que nous avons consultés à ce sujet.

M. le professeur Tédenat a eu l'obligeance de nous communiquer l'observation suivante qui démontre l'existence de cette collection séreuse.

Observation première

Abcès centraux des ovaires. — Collection séreuse de plus d'un litre dans la région ombilicale. — Annexes dans les Douglas. — Pas traces de salpingite. — Ablation des annexes. — Mort.

Mme P..., 29 ans, de constitution délicate, avec artériosclérose et albuminurie intermittente datant de sept à huit ans. Accoucha régulièrement le 5 mars 1897. Deux mois après, survinrent des accidents fébriles d'intensité moyenne avec douleur à l'hypogastre et dans la région lombo-sacrée. Ballonnement du ventre. Nausées.

Pendant six mois, ces accidents persistèrent avec des alternatives d'amélioration et d'aggravation. Le pouls oscillant entre 110 et 140 ; la température restant aux environs de 39°. La malade, soignée à Montpellier, fut renvoyée dans son pays par les médecins, avec un pronostic de mort prochaine.

M. Tédenat fut appelé à la voir le 20 novembre.

Etat général mauvais, anorexie, diarrhée persistant depuis deux ou trois mois, muguet, dans toute la bouche. Peau sèche, squa-

---

[1] Duncan. — *Clinical lectures. Diseases of Women.* 3e éd. Londres, 1886, pag. 229-233.

[2] Ernest Herman. — *Diseases of Women.* London, 1899.

meuse; la température aux environs de 39°, le pouls à 130-140, petit et faible.

Sur le ventre, ballonné, se dessine une tumeur arrondie qui occupe le flanc gauche au voisinage de l'ombilic. Cette tumeur est mate, fluctuante.

L'exploration, combinée et rendue plus difficile par le ballonnement du ventre et les douleurs assez vives à la pression, montre une masse bosselée de chaque côté du cul-de-sac postérieur ; l'utérus a son volume ordinaire et est en position à peu près normale. Il n'y a pas de continuité entre la masse inflammatoire du Douglas et la poche kystique du flanc gauche.

Une ponction est faite dans la collection ; il en sort plus d'un litre de sérosité jaune foncée avec de fins coagula fibrineux, dans laquelle l'examen bactériologique démontra la présence de nombreux streptocoques.

Pendant un mois dès le lendemain de la ponction, la fièvre tomba aux environs de 37°,5. Le pouls baissa entre 80-100. Les douleurs diminuèrent. La malade reprit un peu d'appétit et quelques forces. Mais la masse pathologique du cul-de-sac de Douglas restait douloureuse.

M. Tédenat pratiqua la laparotomie. L'incision ouvrit la collection séreuse qui s'était reformée et contenait environ 100 grammes de sérosité. Adhérences étendues des anses intestinales entre elles et à la paroi abdominale antérieure. Les annexes furent décollés sans trop de difficulté, du Douglas où elles adhéraient d'une façon peu serrée.

La malade succomba dans les trois jours à une septicémie suraigüe.

Examen des Pièces : 1° *Annexes du côté Droit*. — La trompe un peu congestionnée, sans épaississement de la paroi ; ses franges libres, souples, pas la moindre trace d'inflammation de la muqueuse au niveau du pavillon. Son calibre est perméable. L'ovaire a la dimension d'un gros poing d'adulte. Sa surface est rouge, congestionnée avec des plaques ecchymotiques et des traces d adhérences rompues. Il contient à sa partie centrale deux abcès dont un a le volume d'un petit œuf de poule, l'autre d'une noix.

2° *Annexes du côté Gauche*. — La trompe gauche a son pavillon ouvert, ses franges souples, son calibre perméable ; pas de secrétion

endo tubaire. L'ovaire, du volume des deux poings, contient au centre un gros abcès dont le pus jaune, roussâtre, s'élève à un quart de litre.

L'examen bactériologique a démontré dans ce pus la présence de streptocoques nombreux et de rares staphylocoques.

Cette observation présente quelques particularités très intéressantes :

1° L'infection streptococcique s'est manifestée sous un aspect relativement bénin, deux gros mois après son accouchement normal et sans qu'il y ait eu le moindre symptôme apparent jusqu'à la fin du second mois ;

2° Il s'est produit, sans aucune trace d'endo salpingite, deux volumineux abcès centraux à streptocoques des deux ovaires. Les annexes étaient peu adhérentes dans le Douglas ;

3° Enfin, l'existence de cette collection séreuse, située dans la grande cavité péritonéale superficiellement et à grande distance de la cavité pelvienne.

Ces collections séreuses à grande distance du foyer pelvien ont été signalées, comme nous le disions plus haut, par Mathews Duncan, sous le titre : *Remote perimetritis*. Le chirurgien anglais cite plusieurs cas semblables à celui qui nous a été communiqué par M. le professeur Tédenat.

Dans un de ces cas, la collection occupait la région de l'ombilic ; elle formait une tumeur arrondie à gauche et au-dessous de la cicatrice ombilicale. Elle s'accompagnait de fièvre ; elle se fit jour alors dans l'intestin et disparut subitement, laissant une plaque indurée qui disparut peu à peu.

Dans un autre cas, la collection est survenue plusieurs semaines après l'accouchement avec des troubles généraux graves et des symptômes locaux très légers. La malade, femme d'un médecin, avait eu ses suites de couches très surveillées. L'utérus avait repris sa position, quand la fiè-

vre, la diarrhée, de la prostration, de l'émaciation survinrent. Quand je la vis, dit M. Duncan, la moitié inférieure de l'abdomen était occupée par une tuméfaction mal limitée, légèrement douloureuse à la pression avec des anses intestinales la recouvrant en partie. La guérison se fit lentement, et quelques années après, cette dame de 36 ans eut un accouchement régulier et facile.

Il ne faut pas confondre ces collections séreuses, coexistant avec l'ovarite, et éloignées de la cavité pelvienne, avec celles qui ont été décrites par certains auteurs comme accompagnant quelquefois les abcès pelviens. Il se forme, en effet, quelquefois autour du phlegmon péri utérin des adhérences en forme de ponts qui s'étendent du ligament large à l'ovaire, à la trompe, à l'utérus, et dans ces petites cavités ainsi constituées, il se produit de petites ascites enkystées (Delbet) [1]. Souvent l'une de ces cavités est circonscrite par la trompe enroulée d'avant en arrière et devenue adhérente à la face postérieure de l'utérus. Des cas analogues ont été publiés par Delbet, Hartmann [2], Christian-Fenger [3], Roughton [4].

---

[1] Delbet. — Des suppurat. pelv. 1891, p. 179.

[2] Hartmann. — Observation inédite citée par Delbet.

[3] Christian-Fenger. — Annales of Surgery, mai 1885, p. 393.

[4] F.-N. Roughton. — Et. Bartholemew's hosp. rep. t. XXI, 1885, p. 173.

CHAPITRE VI

Diagnostic des Lymphangites Péri-utérines

1° **Lymphangite bénigne.** — Au point de vue du diagnostic, le problème principal à résoudre consiste dans la détermination précise du siège de la lésion et surtout la marche de la maladie. On ne la confondra pas avec d'autres inflammations péri-utérines à marche rapide et à grands fracas, comme la salpingite, les abcès péri-utérins, le phlegmon du ligament large, la cellulite pelvienne, etc., etc. Les noyaux très durs, ligneux, mobiles qui persistent quelquefois pendant longtemps après les poussées aiguës ne seront pas confondus ; 1° avec *un petit kyste de l'ovaire* ou un *kyste du ligament large* ; ces tumeurs ont un caractère différent ; ordinairement elles sont uniques, latérales, accessibles surtout par la palpation bimanuelle et non par le toucher vaginal seul ; elles sont élastiques ou fluctuantes ; 2° avec *le Prolapsus de l'ovaire;* la pression amène ici une douleur spéciale, nauséeuse, syncopale ; 3° avec *de petits fibromes* (Géuneau de Mussy), mais ces tumeurs fibromateuses présentent une dureté bien plus intense ; on les en distinguera facilement par le manque de connexions intimes avec l'utérus, l'absence de la dilatation de la cavité de l'organe ; 4° enfin le toucher rectal, qui ne doit pas être négligé, nous apprendra si cette tumeur est due à des matières fécales (scybales).

2° **Lymphangite suppurée (Abcès péri-utérins).** — C'est surtout dans leur forme chronique que la contusion peut se

faire entre les lymphangites péri-utérines et les autres phlegmasies ou affections pelviennes.

Le diagnostic repose sur la marche des phénomènes et la constatation directe des lésions. Quand les principaux traits manquent au tableau clinique, le diagnostic peut offrir des difficultés. Il faut songer alors aux affections suivantes :

a) La Salpingite. — Le début est parfois brusque, surtout dans l'infection blennorrhagique ou l'infection puerpérale. Douleurs vives dans l'abdomen, phénomènes généraux de la pelvi-péritonite aigüe ; fièvre élevée, anxiété respiratoire. Quelquefois, c'est au moment des règles, avant que l'écoulement n'ait paru, ou lorsqu'il est déjà établi, il est supprimé brusquement. Un autre signe important est la colique salpingienne, suivie d'évacuation du contenu de la trompe par l'utérus. Le liquide évacué est ou séreux, ou purulent, ou sanguin.

Le toucher vaginal révèle l'existence d'un col gros, dévié ou repoussé d'un côté ou de l'autre du bassin, rarement en avant. La mobilité conservée par l'utérus est très variable. Il est le plus souvent immobile. Autour de l'utérus on constate la présence d'une tuméfaction diffuse ou d'une tumeur nette. Tantôt on sent entre les deux mains, par le toucher combiné au palper, un cordon noueux et irrégulier partant de l'angle utérin et se dirigeant en bas et en arrière, cordon qui n'est autre que la trompe ; tantôt on sent un cordon plus volumineux, distendu, piriforme, attaché comme une sangsue à la corne de l'utérus.

Il existe *un sillon* bien net entre l'utérus et la tumeur. Les signes commémoratifs seront plus utiles au diagnostic que les signes physiques, qui ne servent qu'à le confirmer et à le rendre précis.

Le diagnostic différentiel doit se faire avec la Douglassite

compliquée de lésions annexielles, ce qui est le cas le plus fréquent. S'il y a de la salpingite à quelque degré que ce soit, on sentira soit de l'empâtement des culs-de-sac latéraux, soit un petit cordon douloureux à la pression, qui n'est autre que la trompe enflammée.

b) Le phlegmon du ligament large. — Il apparaît rapidement après un accouchement. — Un grand frisson peut en marquer le début. Altération profonde de l'état général. Fièvre accentuée à caractère rémittent. Au toucher, on trouve un empâtement général des culs de-sac. L'utérus est immobilisé. Plastron abdominal.

c) Hématocèle pelvienne ou extra-péritonéale. — Signes d'hémorragie profonde. Début brusque et coïncidant à l'époque menstruelle. Elle ne donne lieu à des phénomènes fébriles que lorsqu'elle suppure et se transforme en abcès.

d) La pelvi-péritonite. — Fièvre. La douleur est généralisée. Manifestation locale d'un état général septicémique. Rapidité de l'extension ; prédominance des altérations fonctionnelles de l'appareil digestif sur les phénomènes fébriles.

3° **Diagnostic de l'abcès de l'ovaire** — L'ovarite suppurée nous semble bien caractérisée par son évolution si spéciale : crise survenant en pleine santé, ne laissant aucune trace, puis reparaissant longtemps après ; par les symptômes qui la révèlent : douleurs, pertes, amaigrissement ; par les signes fournis par le palper et le toucher (tumeur dure, indolente, régulière, distincte de l'utérus).

Et cependant on la confondra avec toutes les tumeurs du petit bassin et de la partie inférieure de l'abdomen.

Si l'évolution de l'ovaire suppuré se fait sans bruit, sans beaucoup de douleurs, on pensera surtout à un *fibrome uté-*

rin, quelquefois à *un kyste de l'ovaire* ou à une tumeur solide de l'ovaire.

Y a-t-il de la fièvre avec douleur et réaction péritonéale ? Alors c'est le *fibrome tordu, fibrome avec annexite,* kyste de l'ovaire avec phénomènes inflammatoires dans son intérieur ou en dehors de lui.

C'est *l'hématocèle,* c'est *l'appendicite,* etc., etc.

Toutes les suppurations génitales peuvent être invoquées, toutes les complications des tumeurs génitales peuvent être passées en revue, et finalement on fait un faux diagnostic. Il faut penser à l'ovarite suppurée toutes les fois qu'on examine un petit bassin.

CHAPITRE VII

Pronostic des lymphangites péri-utérines

Le pronostic des inflammations péri-utérines varie selon les points qu'elles ont envahies. En effet, les suites de ces inflammations propagées au ligament large et au péritoine sont beaucoup plus graves que si elles sont limitées au voisinage de l'utérus, c'est-à-dire dans la variété des cas dont nous nous occupons dans ce travail.

Outre la question du siège de la lésion, deux considérations principales dominent toute l'histoire du pronostic : 1° La cause qui a été le point de départ de la maladie ; 2° Le terrain sur lequel cette cause agit, c'est-à-dire l'état antérieur et les dispositions particulières du sujet.

Les cas graves et quelquefois mortels où le phlegmon, débutant par le voisinage de l'utérus, gagne le ligament large et même la fosse iliaque, sont le plus souvent dus à la septicémie. Aussi ne les rencontre-t-on guère qu'à la suite d'une perte de substance permettant l'introduction des germes morbides ; que cette porte ouverte résulte d'un accouchement ou d'opérations entreprises sans toute la prudence voulue. De là s'impose, dans toutes les opérations pratiquées sur les organes génitaux, la nécessité de s'entourer des précautions les plus minutieuses pour empêcher la pénétration des microbes dans l'organisme, et éviter ainsi ces accidents si sérieux auxquels nous venons de faire allusion.

Quant à la question de terrains, c'est principalement chez

les femmes affaiblies, mal nourries, que ces affections ont de la tendance à s'aggraver. Chez les sujets scrofuleux ou lymphatiques, les inflammations péri-utérines sont, toutes choses égales d'ailleurs, beaucoup plus longues à disparaître, et présentent une grande tendance à récidiver. On sait combien les tempéraments lymphatiques prédisposent aux suppurations et aux inflammations à marche lente et chronique. En outre, selon l'état général de l'individu, les germes morbides trouvent un terrain plus ou moins favorable à leur développement et à leur multiplication, d'où le plus ou moins de gravité des phénomènes pathologiques qu'entraîne la présence dans l'économie (Sinety).

Les abcès péri-utérins peuvent entraîner la mort par péritonite aiguë, par septicémie rapide, ou par hecticite lente. Ils offrent aussi, d'après Gosselin, une marche capricieuse.

Quand la malade a échappé aux accidents aigus et que la maladie, par résorption ou par l'évacuation spontanée du foyer, est arrivée à ce qu'on peut appeler sa guérison naturelle, la malade n'en demeure pas moins sujette à des troubles incessants de la santé par suite des lésions chroniques de la trompe et aussi des adhérences anormales, des rétractions ligamentaires, des déplacements de l utérus et de l'ovaire.

Freund a décrit, sous le nom de paramétrite chronique atrophique ou atrophiante, une maladie qui pourrait bien être due souvent à un abcès péri-utérin guéri par résorption spontanée et sclérose consécutive des tissus atteints par l'inflammation.

CHAPITRE VIII

Complications des lymphangites péri-utérines

A. — Pelvi-péritonite secondaire. — Parmi les complications des lymphangites péri-utérines, nous consacrerons quelques lignes pour l'inflammation du péritoine du petit bassin consécutive aux abcès péri-utérins. Nous voulons parler de la *pelvi-péritonite secondaire.*

Cette affection, bien étudiée par Bernutz et Goupil, répondrait, d'après ces auteurs, à la majorité des inflammations circum-utérines.

Cette opinion est vraiment trop exagérée. Il ne faudrait admettre la pelvi-péritonite que comme complication des inflammations péri-utérines. Très rarement, elle existe isolément et ne se produit guère alors que dans l'état puerpéral. Elle semble alors succéder à une lymphangite ayant pour origine une métrite. Martineau lui donne le nom d'adéno-pelvi-péritonite. D'après Bouilly [1], dans l'immense majorité des cas, la pelvi-péritonite n'est qu'un épisode des affections de la trompe ou de l'ovaire, et son histoire ne peut guère en être cliniquement distraite.

Les lésions de la pelvi-péritonite ne diffèrent pas de celles de la péritonite en général : congestion, dépoli, exsudats de la séreuse, fausses membranes et adhérences nombreuses. Dans certaines pelvi-péritonites puerpérales, J. Lucas-Cham-

---

[1] Bouilly. — Manuel de Pathologie externe (tom. IV, pag. 526).

pionnière et autres ont trouvé les lymphatiques utérins sous-séreux enflammés et gorgés de pus.

La pelvi-péritonite peut être aiguë ou chronique. Dans le premier cas, le début peut être brusque, marqué par un frisson violent, de la fièvre, des vomissements et une douleur vive à l'épigastre La face est anxieuse, grippée, le pouls petit. Le ventre est tendu, météorisé, très douloureux. L'exsudat péritonéal peut être quelquefois apprécié sous forme d'une tuméfaction déprimant tout ou partie du cul-de-sac péritonéal postérieur et dans laquelle on peut percevoir la fluctuation par le toucher et le palper combinés (Bouilly). L'affection peut se terminer ou bien par résolution (en trois semaines), ou bien par suppuration, ou bien la péritonite peut se généraliser et devenir mortelle.

B.— **Salpingo-ovarite consécutive à la lymphangite.** — L'inflammation peut se propager à la trompe et à l'ovaire, et se compliquer de salpingo-ovarite. C'est d'ailleurs l'opinion de M. Lucas-Championnière [1] sur la pathogénie des salpingites. « Le tissu cellulaire et les ganglions des parties latérales de l'utérus constituent un véritable phlegmon dont la tuméfaction, la chaleur, la tension sont bien senties sous le doigt. Mais en même temps les lymphatiques peuvent infecter le péritoine très voisin de l'utérus (la pelvi-péritonite secondaire que nous venons d'étudier), la trompe et les ovaires, dont les lymphatiques sont en communication béante avec eux. (Lucas-Championnière, Société de Chirurgie, 1888) ».

---

[1] Lucas-Championnière. — Société de Chirurgie 1888, page 927. (Discussion sur la pathologie et le traitement des salpingites).

CHAPITRE IX

Traitement

Nous avons vu dans le chapitre « Etiologie » que la cause principale des inflammations péri-utérines siège dans l'utérus, et que cette cause est de nature septique. Nous nous trouvons donc en présence d'une indication formelle : *désinfecter l'utérus.* C'est le traitement causal, le plus important. Nous possédons en outre d'autres moyens palliatifs, non sans valeur, et qui rendent souvent de grands services au médecin qui n'est pas bien familiarisé avec la chirurgie ; c'est le traitement symptomatique, ou encore le traitement médical.

I. — **Traitement Chirurgical**

Ce traitement a pour but de désinfecter la cavité utérine, source des inflammations péri-utérines. Cette désinfection peut être obtenue par deux moyens principaux : 1° l'application de topiques dans la cavité utérine. 2° le curettage.

a) **Application de topiques caustiques.** — Cette application doit être précédée de la dilatation de l'utérus, car l'on assurerait ainsi un écoulement facile aux produits septiques qui pourraient s'y trouver et l'on pourrait y faire plus facilement des irrigations antiseptiques. De plus, la dilatation a cet avantage qu'elle dispense l'introduction des spéculums intra-utérins, et enfin l'avantage de mettre l'utérus au repos.

On peut obtenir la dilatation par les bougies d'Hégard ou par le dilatateur de Siredey. Notre maître M. Tédenat a l'habitude d'introduire d'abord le dilatateur de Siredey, jusqu'à 1 centimètre dans la cavité du col. Puis, après avoir imprimé quelques mouvements cadencés à cet instrument, il le retire et le remplace aussitôt par le dilatateur-injecteur de Réverdin (modifié par M. Tédenat). Nous suivrons volontiers son exemple dans notre pratique.

La dilatation une fois obtenue, on commencera la cautérisation. Les cautérisations qui ne portent que sur le canal cervical, dans les cas de métrite du corps, sont d'avance frappées d'inefficacité, car elles ne peuvent prétendre à guérir les lésions de la muqueuse du corps de l'utérus. En effet on voit souvent venir dans les hôpitaux des femmes qui se font soigner depuis des 2 ou 3 ans pour une métrite, et qui nous disent qu'elles ont été cautérisées à plusieurs reprises par tel ou tel procédé sans aucune amélioration constante. Qu'en est-il résulté pour ces femmes ? Après une amélioration passagère de la métrite du col, elles sont obligées de venir réclamer de nouveaux soins parce qu'elles se sentent tout aussi malades que par le passé. Il ne saurait en être autrement puisque la désinfection n'a pas porté sur la totalité de la cavité utérine.

Donc, la cautérisation doit porter sur toute la cavité utérine. Il ne faut pas qu'elle dure longtemps (30 secondes — une minute).

Choix du caustique. — Les différents agents employés pour cautérisation de l'utérus sont les suivants :

hlorure de zinc (au 1/5).
lfate de cuivre.
chlorure de fer.
lactique (parties égales).
d'argent (à l'état solide ou en solution).
énique (40/100). Le phénosalyl.

L'action de ces caustiques n'est pas la même pour tous. Ainsi, par exemple, le chlorure de zinc produit une cautérisation superficielle, tandis que l'acide phénique et le phénosalyl produisent des cautérisations profondes. En outre, ces caustiques produisent des eschares sèches formant des croûtes sous lesquelles se forme un recessus de culture microbienne (M. Tédenat).

Cantin [1] n'est pas partisan des cautérisations intra-utérines, parce qu'il trouve qu'en les mettant en pratique, on agit forcément en aveugle, « on agit en aveugle, dit-il, parce qu'on ne peut jamais savoir si la cautérisation a été assez profonde pour détruire la totalité de la muqueuse infectée ; d'où la nécessité d'y revenir fréquemment ». Il reconnaît, cependant, que le traitement intra-utérin, par les cautérisations, peut donner de bons résultats dans les formes légères, mais dans les formes plus accentuées, il le qualifie d' « incertain, long et dangereux ».

En effet, nous reconnaissons que ce traitement peut être quelquefois dangereux, parce qu'il peut devenir une cause d'infection, à cause justement de ce milieu de culture microbienne qui se forme sous les eschares ; mais ce danger sera presque nul si, comme nous l'avons indiqué plus haut, on commence l'opération par la dilatation de la cavité utérine ; on assurerait ainsi un écoulement facile aux produits septiques qui pourraient s'y trouver encore, et l'on pourrait y faire de larges irrigations antiseptiques (lysol 7,50/100).

Mais à côté de ces moyens qui présentent l'inconvénient de produire des eschares sèches, nous en possédons d'autres qui n'ont pas cette propriété, à savoir :

1° La teinture d'iode.

---

[1] Cantin.—Traitement des lymphangites péri-utérines, Thèse de Paris, 1889.

2° La glycérine créosotée :

Glycérine.....	3
Créosote.....	1

3° La liqueur de Batey :

Teinture d'iode.....	15 cc.
Créosote.....	15 cc.
Hydrate de chloral....	4 gr.
Glycérine.....	50 cc.

4° Le formol (1/3 ou 1/4).

Ce dernier est le meilleur des caustiques de l'utérus, surtout dans les cas de métrite blennorrhagique. L'eschare qu'il produit est molle. Il a aussi le grand avantage d'agir par les vapeurs qu'il dégage et qui fusent loin dans l'épaisseur de la muqueuse. M. le professeur Tédenat, depuis un an qu'il se sert du formol, s'en trouve très bien.

Si la lymphangite est consécutive à une métrite du col, ce qui est très fréquent, on se contentera de cautériser simplement cette région de l'utérus. On choisira de préférence le *caustique de Philos*[1], dont les avantages dans ces cas ont été étudiés récemment par M. J. Papadopoulos. Si les lésions de la trachélite sont plus avancées, on pratiquera l'amputation du col (opération de Schroeder).

b) **Curettage**. — C'est une opération qu'on doit pratiquer toutes les fois que les lésions de l'utérus sont avancées et que l'inflammation péri-utérine est plus accentuée. Elle assure la complète désinfection de la cavité utérine, l'écoulement

---

[1] Le caustique de Philos est composé de :

Potasse.....	5
Chaux.....	1

facile des produits de cette même cavité et permet d'y pratiquer de larges irrigations antiseptiques.

Pourvu qu'elle soit rigoureusement antiseptique, cette opération, quand elle est complète, est d'une bénignité absolue. Nous l'avons vu pratiquer plus de cent fois sous nos yeux dans les différents services de chirurgie et de gynécologie que nous avons pu suivre pendant notre carrière d'étudiant en médecine, et jamais nous n'avons eu à enregistrer le moindre accident.

Le curettage de l'utérus ne sera pas absolument nécessaire dans tous les cas. Il s'en trouvera dans lesquels, les lésions de la muqueuse étant superficielles, il suffira d'un simple *écouvillonnage* pour réaliser la complète désinfection de l'utérus. — Le curettage ne devient dangereux que s'il est pratiqué incomplètement.

Le curettage n'est pas admis comme traitement des lymphangites péri-utérines par tous les auteurs. C'est à M. Poullet [1] (de Lyon) que revient l'honneur d'avoir, le premier, érigé en méthode, le traitement de la lymphangite péri-utérine par le curettage de l'utérus, et d'avoir démontré l'excessive bénignité de cette intervention.

« Lorsque l'affection, dit-il, n'est pas limitée à l'utérus, lorsqu'il y a de la paramétrite, quelques foyers inflammatoires, une induration quelconque dans les ligaments, tous les auteurs classiques, et Doléris lui-même, commandent une abstention formelle de toute intervention utérine, même la simple dilatation. Pour nous, continue M. Poullet, au contraire dans toutes les inflammations utérines, la dilatation du col et le curettage est la méthode de traitement de beaucoup préférable. Et cela, non seulement quand, l'inflammation dépassant l'épaisseur de la muqueuse, il y a métrite

---

[1] Poullet. — Société nationale de Lyon, 1888.

parenchymateuse, mais encore lorsque les produits septiques sont allés plus loin que l'utérus, faire de la paramétrite autour de l'organe ». MM. Mundé et Walton sont partisans de M. Poullet.

Voici maintenant la réponse de M. Doléris [1] au mémoire de M Poullet. « Si maintenant on trouve de la paramétrite, c'est-à-dire de l'inflammation aiguë dans les veines et autour des veines, dans les lymphatiques et autour des lymphatiques, des ligaments larges (car c'est cela la paramétrite) toucher à l'utérus avant la guérison de cette complication serait plus qu'une imprudence, ce serait une faute injustifiable, dont les exemples ne manquent malheureusement pas. Il y a une exception ; *c'est quand il s'agit de l'état puerpéral*. Ici, je pense que plus le danger est imminent et plus l'indication de nettoyer l'utérus est formelle, etc., etc ».

Quant à nous, nous partageons l'opinion de M. Poullet et de ses partisans, tout en faisant, avec Cantin, la restriction suivante : le curettage sera contre-indiqué dans les cas où il existerait une suppuration grave dans la région péri-utérine : « ce ne serait qu'avec une bien grande timidité, dit Cantin, que dans de pareilles circonstances nous conseillerions de pratiquer le curettage de l'utérus avant de donner issue au pus, car il nous paraît plus prudent de se mettre à l'abri d'un épanchement possible de la collection purulente dans la cavité péritonéale pendant l'opération du curettage ». Nous pensons qu'il vaudrait mieux commencer par donner issue au pus et pratiquer ensuite le curettage qui, seul, peut amener une guérison définitive.

Il nous reste, pour terminer, à établir grossomodo les règles qui doivent être très rigoureusement suivies dans l'exécution du curettage de l'utérus. Ces règles sont celles

---

[1] Doléris. — Nouvelles archives d'obstétrique et de gynécologie, 1888.

que nous avons pu suivre dans le service de notre maître, M. le professeur Tédenat. Le curettage doit être précédé par :

1 — La dilatation préalable de l'utérus, qui doit être considérée comme une des conditions *sine qua non* du succès et de la bénignité de l'opération. On peut employer la tige de laminaria.

2 — Irrigation large, antiseptique de l'utérus.

3 — Badigeonnage au formol, au phénosalyl ou à la teinture d'iode de la cavité utérine.

4 — Mèche de gaze iodoformée.

5 — Curettage.

L'opération étant par elle-même douloureuse, on pratiquera l'anesthésie. En effet, la dilatation et l'anesthésie sont deux conditions qui assurent le succès de l'opération ; d'abord, parce que, la malade étant endormie, on opère à son aise et d'une façon plus complète. La dilatation nous permettra en outre de faire facilement des lavages intra-utérins les jours suivants. — Inutile d'insister sur l'importance qu'il y a à s'assurer de l'asepsie parfaite de tous les instruments qui devront servir à l'opération.

On trouvera l'exposé des différents temps de l'opération dans les *Traités de Médecine opératoire.*

c) **Ouverture de la collection purulente**. — Nous avons dit plus haut que, dans les cas où la collection purulente est dominante, le curettage est contre-indiqué. Il faut commencer par donner issue au pus, car, selon l'expression de Brickell[1], « le chirurgien ne doit pas tolérer la présence du pus dans une partie quelconque du corps ». Le lieu d'élection de l'ouverture varie selon le point où proémine l'abcès. Si l'abcès proémine vers le vagin, on peut ou bien faire sim-

[1] Brickell — *American Journal of the medical science*. Philadelphie, 1887.

plement *la ponction* dans le cul-de-sac postérieur avec la sonde-trocart de Laroyenne (de Lyon), ou bien aller, après une ponction aspiratrice qui a reconnu la présence du pus, à la recherche, *en incisant* couche par couche le cul-de-sac vaginal postérieur. Le foyer ouvert, on y placera un drain (c'est la manière de procéder de Mundé). — Pozzi préfère la laparotomie à l'incision par le vagin : « En effet, dit-il dans son *Traité de Gynécologie*, ce n'est qu'après l'exploration directe, après ouverture du ventre qu'on peut être assuré de ne pouvoir faire l'extirpation de la poche, traitement qui guérit définitivement, tandis que l'incision laisse subsister des causes de rechutes incessantes ».

Si l'abcès proémine dans un point également éloigné du vagin et de la paroi abdominale, diverses voies ont été proposées pour l'atteindre, nous nous contenterons de les énumérer :

1° La voie périnéale ;
2° La voie pelvienne ou sacrée ;
3° La laparotomie sous-péritonéale ;
4° La laparotomie proprement dite ou transpéritonéale ;
5° L'incision en deux temps.

d) **Traitement chirurgical de la douglassite**. — Le traitement chirurgical de la douglassite essentielle consiste à pratiquer la laparotomie suivie de l'hystéropexie abdominale antérieure. Cette dernière opération est celle qui, d'après Condamin, donne les meilleurs résultats et amène une guérison durable, aussi bien dans la rétroflexion utérine adhérente que dans l'antéflexion qui compliquent si souvent la douglassite Ce traitement chirurgical ne sera appliqué que si le traitement médical est insuffisant.

e) **Traitement chirurgical de l'abcès de l'ovaire.** — L'opération qui convient dans ces cas est la laparotomie. Le

ventre ouvert, il faut aller à la recherche de la poche, qu'on ponctionne d'abord, et puis, après l'avoir bien isolée, on l'enlève. La lésion étant placée très haut, l'hystérectomie vaginale est peu indiquée.

II. — **Traitement médical**

Ce traitement est surtout applicable dans la forme bénigne que nous avons étudiée dans les différents chapitres de ce travail. Cette forme étant d'un pronostic bénin guérit souvent avec un traitement presque anodin.

Ce traitement repose sur le trépied suivant : injections vaginales, bains et repos.

Les injections vaginales chaudes constituent un excellent moyen de traitement.

Les malades éprouveront du soulagement à prendre des bains alcalins iodurés avec :

Sous carbonate de Soude..... 150 grammes.
Iodure de Potassium..... 20 —

pour un bain, ou des bains de siège salés chauds.

En même temps, pour combattre la constipation, des laxatifs et des purgatifs légers.

Contre la douleur on peut appliquer sur le ventre des compresses froides recouvertes d'une toile imperméable (Priessnitz) ; nous voyons employer ce moyen journellement dans le service de notre maître, M. le professeur Tédenat. A la rigueur, on pourrait remplacer ce moyen par des badigeonnages de teinture d'Iode sur le ventre ou par l'application de cataplasmes laudanisés.

Si la douleur est intense, suppositoire avec :

Chlorhydrate de morphine..... 0 01 centigr.
Poudre de belladone..... 0 02 —
Beurre de cacao. Q. S. pour... 1 suppositoire.

La columnisation et le massage ont été préconisés ces dernières années par l'école lyonnaise comme traitement de choix dans la Douglassite avec adhérences chroniques. — La columnisation sera faite d'après le procédé habituel (tamponnement du vagin avec des tampons imbibés de glycérine iodoformée) ou bien d'après le procédé de l'éponge (R. Condamin) ou encore d'après le procédé de la laine (Quincieu).

M. Condamin recommande vivement, dans les cas de Douglassite essentielle, les grands lavements d'huile à la façon de Küssmaul, qui agissent mécaniquement contre la coprostase.

Le repos, surtout pendant les règles, est à recommander; la congestion menstruelle, augmentée par la fatigue, occasionnerait un redoublement des douleurs.

Le massage, selon la méthode de Thure Brandt, rend la tonicité de l'utérus. Il dissocie les exsudats, les fait résorber avec rapidité. Il pratique une sorte d'élongation des filets nerveux et c'est probablement à cette cause qu'est due la disparition des douleurs après le massage (Vanderhaghen). — La gymnastique des organes pelviens, pratiquée méthodiquement, produit les mêmes effets que le massage.

L'électricité et l'hydrothérapie peuvent rendre de grands services. Il en est de même des cures bien dirigées aux stations thermales. (Plombières, Luxeuil, Balaruc, Bourbonne, Royat, Néris, Saint-Sauveur, etc. etc.).

Récemment Eichhotz [1] conseillait comme traitement général des exsudats chroniques du bassin de la femme, les bains de vapeur d'eau saline et la diète sèche.

Enfin, pour remonter l'état général, les préparations de quinquina et d'arsenic sont indiquées.

---

[1] Eichhotz. — Archives génér. d'hydrol. Etc. Paris 1901, XII 29-37.

CHAPITRE X

OBSERVATIONS

On trouvera « l'Observation Première » dans le chapitre consacré à la Symptomatologie des abcès de l'ovaire.

Observation II

(Professeur TÉDENAT)

(Prise dans le service de M. le professeur TÉDENAT par M. SOUBEYRAN, chef de clinique).

Lymphangite péri-utérine. — Adhérences annexielles et épiploïques gauches consécutives. — Crises hystériformes consécutives. — Laparotomie. — Guérison.

Génobie C..., 29 ans, entre le 7 mars 1903 dans le service de M. le professeur Tédenat, parce qu'elle souffre du ventre.

Passé clinique. — Pas de maladie antérieure, femme petite, brune, bien constituée. Elle fut réglée à 12 ans, et toujours d'une façon satisfaisante ; la durée habituelle des règles est de trois jours; elles sont abondantes, très rouges et un peu douloureuses. Mariée à l'âge de 22 ans, elle n'a jamais eu de grossesse, mais aussitôt après son mariage, elle éprouva des douleurs dans le ventre, et des douleurs à la miction avec de grosses pertes blanches (blennorrhagie maritale). Pendant les deux premières années de son mariage elle garda quelques douleurs dans le ventre, puis elle eut trois années de répit, souffrant seulement au moment de ses règles. Depuis deux années les douleurs abdominales ont reparu ; elles sont sourdes, avec exacerbations fréquentes surtout quand la malade se fatigue un peu ; mais elle n'a jamais éprouvé de très fortes coliques. Le ventre se tend et se ballonne de temps en temps ; les douleurs augmentent alors et la malade a envie de rendre. Ces phénomènes se sont accentués depuis six mois ; la malade doit garder souvent le lit ; les règles sont très douloureuses et un peu plus fortes. Notons enfin que la malade, qui n'était pas nerveuse

avant sa maladie, présente depuis deux mois des crises hystériformes assez fréquentes.

Examen clinique — Femme un peu amaigrie, mais avec un état général assez bon. Appétit médiocre, constipation tenace. Rien au cœur ni au poumon. Il existe de l'anesthésie pharyngée et un rétrécissement léger du champ visuel.

La malade souffre dans le bas-ventre et plus particulièrement au niveau de la fosse iliaque gauche, la cuisse gauche et le sacrum.

L'abdomen, normal à la vue, est douloureux lorsqu'on presse à la fosse iliaque gauche.

Toucher vaginal. — Vulve normale, paroi antérieure du vagin courte, cul de-sac antérieur raccourci ; rétroversion légère ; le col est conique, petit.

Les annexes droites paraissent normales; les annexes gauches sont douloureuses au palper combiné et paraissent un peu augmentées de volume.

Traitement : injections vaginales, lavements chauds, Priessnitz sur le ventre.

Diagnostic. — Annexite gauche.

La malade a ses règles le 15 mars, elles durent trois jours, pendant lesquels elle souffre beaucoup. Elle réclame une intervention.

Opération. — Laparotomie le 23 mars. Anesthésie à l'éther. Les artères de la paroi donnent plus de sang que d'habitude. Dès l'ouverture du ventre, on constate la présence d'adhérences épiploïques à la paroi abdominale ; elles sont facilement détachées et liées ; l'épiploon est très graisseux et pas vascularisé. Il existe encore des *adhérences légères* de la trompe gauche dans le cul-de-sac de Douglas qui sont facilement décollées. Les trompes sont normales, le pavillon mobile, sans adhérences, l'orifice perméable. Les ovaires sont peu scléreux ; les annexes sont laissées en place ; un petit kyste du volume d'un pois-chiche, appendu au pavillon de la trompe gauche, est enlevé. La paroi est fermée par un surjet de catgut qui comprend la séreuse, puis les muscles et leur aponévrose ; des crins de Florence sont placés superficiellement.

Suites opératoires. — 24, nuit bonne, la malade a très peu souffert et a vomi deux fois, faciès calme; Température 37°7, Pouls 100.

26 mars. — T. 37°6, P. 80. La malade a rendu des gaz par l'anus,

la langue est un peu sèche ; elle s'agite un peu ; de l'eau de Sedlitz par petites doses (verre à Bordeaux) est donnée.

27 mars. — La malade a été très soulagée par 4 ou 5 selles. T. 37°6 P. 70.

30 mars. — *Pansement 1er*. Excellent état de la plaie. Ablation des fils. Le cul-de-sac vaginal postérieur est libre, souple, indolore.

20 avril. — Sort bien guérie avec bonne paroi et ne souffrant plus.

Remarques. — Il s'agit bien dans cette observation d'une infection génitale gonococcique, ayant déterminé de la lymphangite péri-utérine caractérisée par des adhérences annexielles et épiploïques, les trompes ayant été respectées : ces adhérences suffisent à expliquer les douleurs éprouvées par la malade, et justifient la thérapeutique conservatrice qui a été adoptée. A noter la brièveté congénitale de la paroi antérieure du vagin et l'apparition des crises hystériformes fréquentes qui apparaissent nettement sous la dépendance des lésions pelviennes.

Cette malade n'était aucunement nerveuse et n'avait jamais eu de crise ; cette particularité a été recherchée avec soins, et il est certain que les crises ne sont survenues qu'après deux ou trois mois de souffrances.

Le Docteur Orssaud, qui vit la malade avec M. Tédenat dans les premiers jours de février, insistait pour une opération radicale à cause de la violence des douleurs et de la fréquence des crises hystériformes, M. Tédenat fut d'avis d'appliquer un traitement purement médical, injections chaudes, bains de siège chauds, maillot de Priessnitz. Il se basait sur le peu d'étendue des lésions qu'il avait constatées. Quand il se décida à intervenir, il pensait ne trouver que des lésions légères des trompes et des ovaires ; c'est ce que la laparotomie permit de constater : à part quelques adhérences légères des trompes, celles-ci avaient leur

volume normal, sans épaississement en aucun point de leur longueur, les franges étaient souples, non adhérentes entre elles, pas la moindre congestion ni de la surface péritonéale, ni de la surface muqueuse. Les ovaires présentaient presque un aspect normal et adhéraient peu. Les petits kystes qu'on y constatait étaient ceux qui sont dans beaucoup d'ovaires. Les adhérences étaient surtout développées dans le fond du cul-de-sac de Douglas ; les annexes étaient à peu près à leur place et n'étaient pas en prolapsus dans le Douglas. Il semble bien que l'infection avait suivi la voie lymphatique et point du tout la voie endo-salpingienne.

Observation III

(Prof. Tédenat)

(Recueillie dans le service de M. le professeur Tédenat par M. Zalachas)
Abcès de l'ovaire gauche fixé à la paroi abdominale dans le voisinage de l'ombilic. Trompes non oblitérées. — Guérison

Mme D..., 28 ans. Réglée à 15 ans sans accidents. Règles régulières durant 3-4 jours. Mariée à 22 ans. Grossesse régulière et accouchement normal à l'âge de 24 ans.

Sans fièvre, sans douleurs après les couches, le ventre resta gros et six mois après son accouchement, quand revinrent les règles (la malade n'a pas nourri), douleur sourde dans la région lombaire et dans le flanc gauche. Depuis, cette douleur persiste, presque continue, plus violente à l'époque des règles qui durent une dizaine de jours, abondantes, avec caillots, sans leucorrhée notable.

Il y a un an, un médecin pratiqua le curettage pour mettre terme aux hémorragies, mais lors des règles qui suivirent le curettage les douleurs furent plus violentes et la ménorrhagie ne fut en rien diminuée. La malade trouve sa situation plus mauvaise qu'avant le curettage. Douleur permanente dans la région du flanc gauche et des lombes. La malade la compare à une brûlure intense, plus vive et avec des lancinations au moment des menstrues. Peu

d'appétit, digestions lentes. Urination et défécation à peu près normales. Rien du côté du cœur et des poumons. Aucun névrosisme.

La malade consulte M. Tédenat le 10 mai 1894.

Voici les résultats de l'examen ; Rien à la vulve ni au vagin. Col sain, sauf une légère encoche de déchirure cicatrisée à la commissure gauche, mais la cicatrice est épaisse et paraît sensible au contact du doigt. Le col regarde un peu en avant ; le corps est en rétroversion légère et incliné à gauche. Un peu de tension dans la partie gauche du Douglas. On ne sent pas les annexes gauches ; à droite les annexes occupent leur place normale et paraissent peu ou point malades. Le ventre, peu développé (malade très amaigrie), se laisse explorer n'étant pas douloureux, sauf un peu à gauche et en dehors de la cicatrice ombilicale. Là, sur l'étendue d'une largeur de main étalée, la pression est très douloureuse. On sent une tuméfaction profonde, mais on la sent mal à cause de la révolte de la paroi douloureuse.

La malade est mise au repos, aux bains de siège quotidiens à 38°, au Priessnitz abdominal jusqu'au 20 mai, sans amélioration sensible. Ce jour, les règles recommencent et durent jusqu'au 29 mai.

3 juin. Anesthésie au mélange A. C. E.— M. Tédenat sent bien dans la région sus-indiquée une tumeur grossièrement comparable à un gros poing d'adulte qui semble appliquée contre la paroi. Le toucher vaginal montre toujours une tension du cul-de-sac latéral ; il semble que la tumeur se prolonge vers la corne gauche de l'utérus inclinée en arrière et à gauche, M. Tédenat pense à une annexite, avec fixation haute de la masse annexielle enflammée.

Laparotomie. — Décollement d'adhérences épiploïques qui s'étendent à la tumeur qui est décollée. Comme M. Tédenat l'avait prévu, la tumeur était formée par la trompe et l'ovaire gauches entourés de l'épiploon durci par l'inflammation chronique. Excision de la trompe au niveau de la corne utérine. Résection de 180 gr. d'épiploon. La guérison était complète le 21 juin.

Examen des pièces. — Ovaire du volume d'un gros œuf de poule avec deux abcès centraux du volume de petites noix. Trompe perméable avec les franges libres et souples. Adhérences flottantes sur les deux organes ; pas la moindre nodulation de la trompe.

Les annexes droites ont été laissées en place. Elles étaient saines, sauf quelques rares adhérences qui ont été rompues.

Mme D... a eu un enfant en février 1897.

Observation IV

(Delbet. Des suppurations pelviennes chez la femme).

Lymphangite péri-utérine non puerpérale. — Annexes normales.

Cora B..., âgée de 27 ans, était entrée à la salle Sainte-Catherine (lit n° 4) le 18 février 1888. Elle avait eu deux grossesses, l'une à 19, l'autre à 23 ans. Elle eut après son second accouchement des accidents septiques, et a conservé depuis une métrite caractérisée surtout par des métrorrhagies. En 1885, elle eut une poussée de pelvi-péritonite. Sa santé se rétablit assez complètement, mais elle souffrait souvent de douleurs abdominales avec irradiation dans les cuisses. Depuis le mois de décembre 1887, elle s'est fait soigner chez elle. Il y a trois semaines, les douleurs devinrent très violentes, s'accompagnant de fièvre et de vomissements, et la malade est couchée depuis ce temps. Lors de son entrée à la Charité, elle est dans un état misérable, pâle, émaciée, avec des élévations de température le soir et des sueurs nocturnes. A l'examen du ventre, on trouve par la palpation, du côté gauche, une tumeur volumineuse nettement fluctuante, qui vient jusqu'au contact de la paroi abdominale, un peu au-dessous et en dehors de l'ombilic. La partie inférieure de la fosse iliaque est libre, et il n'y a rien qui ressemble au plastron de Chomel. Du côté gauche, on sent une grosse masse dure, plus profondément située que celle du côté opposé, et dans laquelle on ne peut trouver de fluctuation. Par le toucher vaginal, on reconnaît que l'utérus est légèrement refoulé en avant et à droite. On sent dans le cul-de-sac gauche une tumeur volumineuse dure située assez haut. La muqueuse vaginale n'est pas œdémateuse, elle est parfaitement mobile sur la tumeur. Il est impossible de percevoir nettement la fluctuation. Derrière l'utérus, on sent une masse volumineuse plus facile à apprécier par le rectum. Cette masse emplit la courbure sacrée, elle est rénitente, mais ne donne pas non plus une sensation nette de fluctuation. On pose le diagnostic : pelvi-péritonite. Le 21 février, M. le professeur Trélat aborde la tumeur par la voie abdominale. L'incision est faite au niveau de la partie saillante et fluctuante de la tumeur, un peu au-dessous et en dehors de l'ombilic, sur le muscle grand droit du côté

gauche. La cavité abdominale étant ouverte, on reconnaît la tumeur; celle-ci est ponctionnée, puis incisée. Ses parois sont suturées à la paroi abdominale. Evacuation, lavage et drainage. La malade succombe six jours après. A l'autopsie, on trouve une péritonite généralisée. La situation des organes du petit bassin est la suivante : L'utérus est repoussé en avant, couché sur la vessie, à laquelle il adhère mollement. En arrière, il est adhérent aux anses de l'intestin grêle jusqu'à son fond, si bien qu'on ne voit aucune trace de cul-de-sac postérieur recto-utérin. Les tubes à drainage pénètrent dans une cavité qui s'étend jusque sur le bord gauche de l'utérus. On voit la trompe ramper au-dessus de la poche ; on ne distingue rien de plus, et à première vue, il n'est point aisé de se rendre compte de la situation exacte de la poche purulente. Mais on constate vite que l'utérus est faiblement adhérent à la vessie. Par de légères tractions, sans se servir du bistouri, on rompt aisément les adhérences molles qui unissent la face antérieure de l'utérus et des ligaments larges à la vessie ; on les sépare sans peine, et l'on constitue ainsi, sans le moindre artifice le cul-de-sac vésico-utérin. En arrière, les adhérences sont un peu plus résistantes, mais elles se laissent facilement déchirer. Bientôt le cul-de-sac recto-utérin est reconstitué, le ligament large est isolé, et l'on constate que la collection purulente est logée entre ses deux feuillets. On voit alors la trompe gauche dans toute son étendue. Sa partie interne rectiligne suit le bord supérieur de la poche ; sa partie terminale flexueuse se replie sur la face postérieure de l'utérus, elle y adhère, mais elle reste complètement indépendante de la poche purulente. Si l'on fend la partie interne de la trompe transversalement, suivant son grand axe, on constate que cette première partie a son calibre normal et n'est nullement altérée ; au-dessous de la trompe, en continuant la section, on rencontre quelques vaisseaux gorgés de sang ; puis, après avoir traversé une paroi lardacée qui n'a guère que deux millimètres d'épaisseur, on tombe dans la cavité purulente. Les parois sont grisâtres, tomenteuses, mais il n'y a aucun tractus qui aille d'une paroi à une autre. Il existe, en somme, une véritable poche limitée en arrière par le feuillet postérieur du ligament large, en avant par le feuillet antérieur, en dedans par le bord gauche de l'utérus, en dehors par la paroi du petit bassin, en haut par l'angle qu'occupe la partie interne de la trompe (la fosse iliaque n'est pas envahie). En bas, la cavité

purulente ne descend pas jusqu'au plancher pelvien; elle en est séparée par une masse épaisse de tissu lardacé dans laquelle on trouve l'uretère et les branches de l'hypogastrique. Elle est séparée du vagin par une épaisseur de tissu de quinze millimètres ; il n'est pas étonnant qu'on n'ait pu sentir la fluctuation par cette voie.

Observation V

(Thèse Cantin)

Lymphangite péri-utérine. — Curettage.— Guérison.

La nommée Valentine C..., âgée de 27 ans, entrée à la Charité, salle Sainte-Catherine, lit n° 22, le 29 mars 1888.

Réglée sans difficulté, à 13 ans, et régulièrement. Grossesse il y a cinq ans, enfant à terme, infection.

Un mois au lit. Pas de fausse couche.

Régulièrement réglée il y a trois ans.

Douleurs lombaires. Leucorrhées abondantes depuis trois ans.

Il y a cinq ou six jours, la malade est refroidie, a eu des frissons, une forte fièvre et des vomissements. Elle a beaucoup souffert du ventre.

Entre à l'hôpital le 29 mars, ayant ses règles depuis le 27 au matin. Elle continue à perdre jusqu'au 3 avril.

9 avril. M. Trélat voit la malade et constate : un empâtement à droite et à gauche du col, surtout à droite, et aussi en arrière de l'utérus, qui est fixé par cet empâtement.

11. Tige de laminaria.

12. Chloroforme. Curettage et écouvillonnage comme d'habitude.

14. On sent à peine l'empâtement. Température normale. Lavage du vagin.

16. Il ne sort rien du col. L'empâtement a disparu.

17. Deux cautérisations profondes, dans le col, au thermo-cautère.

20. La malade se lève.

22. On sent un empâtement dans le ligament large gauche. Peut-être est-il dû aux pointes de feu et au fait que la malade s'est levée trop tôt après cette intervention. On la remet au repos.

L'utérus est mobile. Il ne sort rien du col.

25. On ne sent plus d'empâtement.

26. Quitte l'hôpital.

Revue le 29. Elle va très bien et engraisse visiblement.

4 mai. Réglée sans douleur.

11 juin. Réglée sans douleur. Ne perd ni en blanc, ni en rouge. Est en parfait état.

Observation VI

(Barangy 1886)

Lymphangite péri-utérine bénigne

And... Françoise, 23 ans, domestique, entre le 9 juin 1885 à Saint-Lazare, dans le service du docteur de Sinety, pour uréthro-vaginite et syphilides vulvaires.

Antécédents. — La malade ne présente pas d'antécédents strumeux. Réglée à l'âge de 15 ans, les époques menstruelles sont douloureuses ; avec la menstruation a coïncidé une grosseur du volume d'une noix, siégeant, dit-elle, dans le vagin, et qui a disparu au bout de quinze jours. A l'âge de 17 ans, a accouché d'un enfant à terme ; la malade a perdu beaucoup de sang. Chaque mois l'écoulement menstruel est abondant ; il dure huit jours. Depuis le mois de mai, suppression brusque des règles à la suite d'une émotion violente ; pas de leucorrhée. L'état général est bon.

10 juillet. La malade se plaint de douleurs dans l'aine droite suivies d'un peu de fièvre et de quelques frissons.

14. Les frissons reparaissent. Des douleurs assez violentes siègent dans l'hypochondre droit, et s'irradient dans l'aine, la cuisse et le creux poplité du même côté. Sensation de pesanteur dans le siège et dans les lombes ; le faciès n'est pas grippé ; pas de nausées, pas de vomissements.

Le sommeil est nul. « A aucune époque, les douleurs n'ont forcé la malade à garder le lit. »

22. Le palper abdominal exagère un peu ces douleurs. Le toucher vaginal décèle dans le cul-de-sac vaginal latéral droit l'existence d'une tumeur du volume d'une mandarine, peu douloureuse, semi-dure, bosselée, indépendante de l'utérus. Cet organe conserve une certaine mobilité ; il est un peu augmenté de volume et légèrement douloureux au toucher et au palper combinés. Un peu d'effacement du cul-de-sac antérieur ; pas de tumeur appréciable,

le col est largement entr'ouvert. Le toucher rectal ne donne aucun renseignement.

23. Des douleurs très violentes dans le bas-ventre empêchent la malade de dormir. Traitement : pulvérisation de chlorure de méthyle. La malade est soulagée sur l'heure. La nuit a été calme. La malade a dormi.

24. Apparition sur le trajet de la pulvérisation d'un érythème assez intense. Les douleurs ont disparu.

25. La tumeur, molle, semi-fluctuante, a diminué de volume et présente les dimensions d'une noix.

31. Quelques coliques.

4 août. Empâtement du cul-de-sac antérieur s'étendant un peu à gauche.

10. On s'aperçoit par le toucher que les culs-de-sac sont libres.

Observation VII

Par M. le Dr de Sinety (*Progrès Médical*, 1882).

Lymphangite péri-utérine bénigne située dans l'espace utéro-vésical.

Mme X..., américaine, âgée de 19 ans s'est mariée il y a un an. Sa santé n'avait présenté aucune altération jusqu'à cette époque. La menstruation, ayant débuté à 12 ans, s'était toujours montrée normale. Immédiatement après le mariage, les jeunes époux se mirent en route pour l'Europe. C'est à ce moment que la malade commence à accuser quelques douleurs, coïncidant avec une leucorrhée abondante. Un médecin, consulté alors, conseilla des scarifications du col, des pansements glycérinés et une saison à Luchon. Malgré ce traitement les douleurs abdominales s'accentuent de plus en plus. Les périodes menstruelles devenaient irrégulières et s'accompagnaient de violentes coliques. Tantôt l'écoulement du sang était considérable, tantôt, au contraire, presque nul.

C'est à la suite des dernières règles qui n'avaient duré que deux jours et avaient été exceptionnellement douloureuses, que nous fûmes appelé auprès de Mme X..., le 20 novembre 1880. Malgré un peu de pâleur des téguments, l'aspect de la malade est bon. Elle se plaint de souffrances presque continuelles dans le ventre et dans la région lombaire. Le moindre exercice la fatigue, quoique, cepen-

dant, *elle ne soit jamais complètement alitée, et continue à sortir à peu près tous les jours.*

L'exploration locale donne les résultats suivants : Le palper, nullement douloureux, ne fournit à lui seul aucun renseignement. En recourant au toucher, on constate d'abord une augmentation de la température du vagin. Le col, un peu volumineux pour une nullipare de 19 ans, n'est pas sensible à la pression et de consistance normale. L'utérus est mobile et les mouvements communiqués n'excitent pas de plaintes chez la malade.

Dans le cul-de-sac postérieur, il existe un peu d'empâtement et de sensibilité. Mais la lésion dominante consiste en une tumeur du volume d'une grosse mandarine, irrégulièrement arrondie, immobile, douloureuse à la pression, faisant saillie *dans le cul-de-sac antérieur, en avant et un peu à droite de l'utérus,* dont elle est indépendante. Le siège et les caractères de cette masse inflammatoire nous font admettre qu'elle est située dans l'espace conjonctif sous-péritonéal antérieur. A l'examen au spéculum, on ne trouve ni changement de coloration, ni érosions, ni ulcérations du col.

Traitement : bains de tilleul, avec introduction d'un petit spéculum pendant toute la durée du bain Dans l'intervalle des bains, pansements avec des suppositoires vaginaux contenant 0.20 d'extrait d'opium et 0.30 centigr. d'iodure de potassium ; enfin badigeonnages des parois abdominales avec la teinture d'iode. A partir du 29, nous appliquons, tous les deux jours, pendant dix ou quinze minutes, des courants induits faibles, un pôle étant placé sur la tumeur vaginale et l'autre sur les parois abdominales. En même temps, nous appliquons un léger massage de la tumeur.

Le 11 décembre, pendant l'époque cataméniale, la malade s'étant fatiguée et n'ayant pas gardé le lit, comme nous le lui avions conseillé, est prise de douleurs très vives, sans fièvre ni vomissements. A ce moment, le palper est légèrement douloureux à gauche. La sensibilité est très grande au toucher, tout autour de l'utérus, la tumeur a augmenté de volume (Repos au lit, cataplasmes opiacés sur le ventre et lavements au chloral).

Le 14, l'état s'est beaucoup amélioré, le toucher est moins douloureux, la tumeur a considérablement diminué.

Le 17, l'amélioration s'est accentuée de plus en plus et M^me^ X... n'a pas quitté sa chaise longue.

Les règles, qui avaient cessé le 14, après avoir duré sept jours, abondantes, s'accompagnant de caillots, ont reparu le 15 et le 16. Le 17, on constate encore l'écoulement d'un peu de sang. Malgré la diminution de la sensibilité au toucher, nous n'appliquons pas d'électricité ce jour-là (Huile de foie de morue : deux cuillères par jour au moment du repas ; pansements vaginaux avec des tampons imbibés de glycérine iodurée).

Le 20, l'état est satisfaisant ; nouvelles applications d'électricité.

Le 22, la malade est reprise de douleurs violentes, accompagnées de nausées, qui l'effraient beaucoup, ainsi que son entourage. Température normale, ballonnement du ventre, tympanisme. Nous apprenons que, malgré l'usage quotidien des lavements, il n'y a pas eu de selles depuis plusieurs jours. L'absence de fièvre et le peu de gravité apparente de l'état général nous font considérer cette crise comme uniquement due à la constipation et à la présence de gaz dans l'intestin. Cette hypothèse est confirmée le lendemain, car tout a disparu, grâce à l'administration de 30 grammes d'huile de ricin. Le traitement par le massage et l'électricité est continué jusqu'au 3 janvier. A cette date, l'amélioration est telle que Mme X... peut reprendre ses habitudes d'activité ordinaires. L'examen local nous permet de constater que la sensibilité dans les culs-de-sac a disparu. Il ne reste plus, de la tumeur inflammatoire observée au début, que deux petits nodules indurés, gros à peine comme une noisette. Pour compléter la guérison, au point de vue de l'état général, la malade est soumise à un traitement hydrothérapique pendant plusieurs semaines. La 14 mars, nous pouvons nous assurer que Mme X .. est en parfait état de santé, et ne conserve aucune trace des lésions qu'elle présentait ; nous avons su depuis que la guérison s'était maintenue d'une façon aussi satisfaisante que possible.

Observation VIII

(Thèse Hussenstein. Lyon 1895).

Douglassite essentielle — Rétroflexion très marquée. — Hystéropexie. — Guérison.

D..., Antoinette, 32 ans, cultivatrice.

Réglée à 15 ans ; mariée à 22. A eu trois enfants ; le premier est né à huit mois et ne survécut que trois semaines ; les deux autres sont vivants. Jamais de fausse couche.

Cette femme souffre depuis sa seconde couche, c'est-à-dire depuis 6 ans, elle se leva au bout de huit jours et ressentit alors quelques douleurs lombaires. Faiblesse générale.

Depuis l'hiver dernier où la malade eut la grippe, son état s'aggrava ; pertes blanches abondantes, dysménorrhée ; fréquence insolite des mictions ; constipation assez marquée; amaigrissement, anorexie. Cette malade ne peut marcher ni travailler plus d'une heure ou deux sans être obligée de se reposer. Douleurs très vives dans les reins et le bas-ventre contre lesquelles des pessaires avaient été vainement essayés.

Elle rentre à la Charité le 6 novembre 1894.

Examen. — L'utérus est en rétro-flexion irréductible, retenu par des brides sillonnant le Douglas, très douloureuses au toucher. Rien dans la région des annexes.

Opération le 10 novembre. — Hystéropexie pratiquée par M. Condamin. Après la laparotomie, on se rend compte que la trompe et l'ovaire des deux côtés sont sains. Il existe simplement dans le cul-de-sac de Douglas des brides fibreuses très solides qui maintiennent l'utérus en rétroflexion. M. Condamin rompt ses adhérences avec le doigt et suture l'utérus à la paroi abdominale intérieure.

29 *novembre* 1894. — La malade va très bien. L'utérus est haut, bien fixé. Le Douglas est libre.

10 *mars* 1895. — La malade est revue. Pas de douleurs à la marche et des travaux fatigants sont possibles. L'utérus est fixé en bonne position.

Observation IX

(Dr Bouilly. — Thèse Mauger)

Volumineuse ovarite suppurée dépassant l'ombilic. — Laparotomie. — Guérison.

Mme L..., 37 ans, entrée le 31 octobre 1897, rue Blomet.

Cette dame, petite, mais forte, bien constituée, sans antécédents pathologiques, n'ayant eu qu'un accouchement il y a sept ans, fait appeler le Dr Bouilly à la fin de 1896, à la fin d'une métrorrhagie accompagnée de douleurs abdominales. On constate une tuméfaction remontant jusqu'à trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic ayant tous les caractères d'un fibrome.

On diagnostique fibrome de moyen volume avec poussée récente de paramétrite par infection utérine. Repos. Injections antiseptiques, surveillance de l'évolution du fibrome.

On revoit la malade en mars 1898 en parfait état, sans aucun incident, ni de douleurs, ni des pertes. La tuméfaction n'a nullement augmenté, elle est tout à fait indolente. La malade perd en avril, à la campagne, et y passe tout l'été, vivant de la vie de tout le monde, sans aucune douleur ni fatigue, avec des règles régulières et non exagérées.

En faisant une course en voiture, elle est prise subitement en pleine santé de douleurs de ventre extrêmement violentes, qui la forcent à rester où elle était allée en déplacement et ne lui permettent de rentrer chez elle que deux jours après.

En même temps que la douleur, se déclarent de la fièvre et des vomissements qui n'ont depuis jamais cessé. La malade fait, à partir de ce moment-là, une véritable crise subaiguë péritonéale. Elle rentre à Paris le 28 octobre, sans avoir quitté le lit un seul instant.

M. Bouilly la revoit le 29; faciès très amaigri, un peu jaune, amaigrissement général, mais la malade est encore grasse ; nausées et vomissements continuels.

Douleurs abdominales, surtout par les mouvements. Température du soir : 38°,5-39°. Le ventre est très augmenté de volume ; la tuméfaction, qui était en mars à trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic, est maintenant à quatre travers de doigt au-dessus et déborde largement dans les deux fosses iliaques.

La tumeur est ferme, résistante, élastique, non fluctuante ; elle est plutôt rénitente, elle est fixe et immobilisée, douloureuse en haut et à droite, un peu sensible partout.

Au toucher, le col est sain; le corps utérin paraît situé en arrière et à gauche de la tuméfaction ; celle-ci n'est pas sentie dans les culs-de-sac.

Dans le cul-de-sac antéro-latéral droit, on perçoit une petite masse du volume d'une grosse noix, comme appendue à la face antérieure de l'utérus, rénitente, très douloureuse.

La tuméfaction est mate en avant, entourée de sonorité sur les côtés et en haut ; le diagnostic est difficile. Fibrome en voie d'accroissement avec complication d'annexite suppurée ? Kyste tordu ? Fibrome tordu ? L'hystéromètre n'indique que 7 cent. de cavité.

Les règles, qui étaient terminées depuis quelques jours au moment de la crise du 7 septembre, ont reparu le 10 septembre et n'ont pas reparu en octobre.

Complication de grossesse dans un utérus fibromateux? On s'arrête peu à cette dernière hypothèse. En tout cas, il n'y a pas de doute sur la nécessité d'intervenir.

Laparotomie. — Incision jusqu'à l'ombilic depuis le pubis. On tombe sur une masse d'apparence charnue et vasculaire, comme un fibrome confondu en bas avec le fond utérin, non entourée d'adhérences sur ses parties latérales ni supérieures. Ponction avec aspiration. Un litre un quart de pus bien lié, très fétide, ayant l'odeur d'un abcès très voisin de l'intestin. On se met en devoir d'isoler la poche ; celle-ci est extrêmement adhérente dans le bassin aux anses intestinales ; la décortication est faite assez péniblement au doigt et avec la compresse; durant ces manœuvres, la poche se déchire et une certaine quantité de pus tombe dans le ventre, mais celui-ci est bien protégé par des compresses. La poche adhère aussi très fort, en avant, à la face postérieure du ligament large droit ; elle en est isolée, et le bord supérieur et externe du ligament est sectionné ; après préhension dans une pince, toute la poche peut se trouver pédiculisée et ne tient plus à l'utérus que par la trompe sclérosée et très augmentée de volume. Ligature au catgut, section au thermocautère

Du côté gauche, les annexes sont enlevées également ; la trompe, grosse comme le pouce, est atteinte de salpingite catarrho-interstitielle.

Catgut sur une partie du ligament large sectionné et sur la trompe. Tout le bord supérieur du ligament large droit, ouvert, est fermé par un surjet au catgut, de manière à ce qu'il ne reste pas de surface cruentée.

L'utérus est peu augmenté de volume ; il est bourré dans son fond de petits fibromes, dont deux siègent exactement dans le fond, dans la traverse du canal de la trompe, à droite et à gauche. Il en existe également un sous-péritonéal, gros comme une bille, à la face postérieure de l'utérus. L'hémostase est parfaite. Toilette de la cavité péritonéale, drainage du cul-de-sac de Douglas jusqu'à la partie inférieure de l'incision abdominale. Suture musculo-aponévrotique et péritonéale au catgut. Suture de la peau aux crins de Florence.

Les lésions sont : 1° Un gros ovaire droit transformé en une poche de 1 centimètre environ d'épaisseur, tomenteux à sa surface interne, volumineuse ovarite suppurée d'un litre et quart.

2° Une grosse trompe intimement unie à la face antérieure de cet ovaire, avec lequel elle est confondue et tout à fait fusionnée. Grosse comme un œuf de pigeon allongé, ayant les parois fibreuses très épaisses sclérosées près de l'utérus où il n'y a plus de canal tubulaire, fermée au niveau du pavillon par disparition des franges, et transformation des parois en un tissu dur, scléreux, lardacé ; entre ces deux portions utérines et abdominales, se trouve une cavité située dans la portion moyenne de la trompe, dilatée, d'une longueur d'environ deux centimètres et demi, tapissée par la muqueuse tubaire, sans liquide ni pus dans son intérieur. Les lésions de la trompe sont surtout scléreuses et pariétales ; elles sont beaucoup moins marquées que celles de l'ovaire correspondant.

A gauche, la trompe, du volume environ du doigt, est atteinte de salpingite catarrho-interstitielle.

Bactériologie. — Présence d'une culture pure de coli-bacille dans le pus.

Suites excellentes. — Guérison.

CONCLUSIONS

De l'étude que nous venons de faire se tirent aisément les conclusions que voici :

I. — Les vaisseaux lymphatiques jouent un rôle important dans les phlegmasies péri-utérines.

II. — Il existe en dehors de l'état puerpéral des lymphangites péri-utérines. Elles sont d'origine utérine. — Elles sont consécutives à une métrite du corps ou, ce qui est très fréquent, à une trachélite. Elles sont justiciables du traitement antiseptique intra-utérin. Elles ne sont pas toujours accompagnées de lésions des trompes ou des ovaires.

III. — Les abcès péri-utérins, dans la plupart des cas, ne sont autre chose que des lymphangites péri-utérines arrivées à la suppuration. Ils ont des sièges variables, mais le plus souvent on les rencontre de chaque côté de l'isthme de l'utérus, au-dessus des culs-de-sac vaginaux latéraux. Pas de sillon de séparation entre l'abcès et l'utérus. Quelquefois la lymphangite péri-utérine se manifeste par des adhérences annexielles et épiploïques très marquées (Obs. II).

IV. — A côté des inflammations graves du voisinage de l'utérus, il existe une variété de lymphangite péri-utérine de forme bénigne, caractérisée par sa fréquence, par sa courte durée et l'absence de suppuration.

V. — Il existe une forme d'inflammation péri-utérine limitée au cul-de-sac de Douglas avec *intégrité absolue des annexes*. C'est la Douglassite essentielle de M. Condamin (de Lyon).

VI. — L'abcès de l'ovaire, ou ovarite suppurée, peut exister isolément sans salpingite concomitante. L'infection, presque toujours d'origine utérine, se fait par la voie lymphatique.

VII. — Les salpingo-ovarites à streptocoques sont les plus fréquentes ; les salpingo-ovarites à gonocoques viennent ensuite ; les autres salpingo-ovarites à staphylocoques, à bactérium-coli, à pneumocoques, etc., sont beaucoup plus rares.

VIII. — La voie de pénétration du gonocoque dans la paroi tubaire est double, soit que les germes aillent directement de l'intérieur de l'utérus à la trompe par la voie muqueuse, soit au contraire qu'ils passent d'abord sous le péritoine par la voie lymphatique et pénètrent ensuite dans la paroi de la trompe. Le gonocoque envahit souvent seulement la trompe.

IX. — Le streptocoque envahit, en général, les annexes par la voie sanguine et lymphatique. Mais la propagation peut se faire aussi de muqueuse en muqueuse. Il envahit presque toujours simultanément la trompe et l'ovaire. Il peut envahir seulement l'ovaire sans envahir la trompe (abcès de l'ovaire).

X. — Le bactérium-coli pénètre dans les annexes par continuité des muqueuses vaginale et utérine et, dans certains cas, par l'intermédiaire des adhérences formées entre les annexes et l'intestin, par continuité des tissus.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 27 mai 1903.
Le Recteur,
A. BENOIST.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 27 mai 1903
Le Doyen,
MAIRET.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE[1]

Auger. — Lymphadénite péri-ut. Th. Paris, 1876.
Arnaud. — Thèse de Paris, 1884.
Blum. — Trait. de cert. aff. utér. et péri-ut , 1899-1900.
Bonnet. — Thèse de Paris, 1888.
Bouilly. — Manuel de Path. ext. (4 agrégés).
Bourreau. (Eug.).— Thèse de Paris, 1888.
Bollat. — Amer. Journ. of. obst., 1888.
Bumm. — Arch. f. gynec., 1887, tom, XXXI, pag. 48, et 1889
Bequin. — Thèse de Paris, 1880.
Barancy. — Thèse de Paris 1886 (Lymphang. bénignes).
Condamin. — Lyon Médical, 1894.
Cantin. — Thèse de Paris, 1889 (Lymph. péri-utér.).
Camescasse. — Thèse de Paris, 1893.
Courty. — Traité pratique des maladies de l'utérus, 3e éd., 1881.
— — Annales de Gynécologie, 1881, vol. XV, pag. 256.
Charpy. — Lyon médical, 1886.
Carreau. — The medical Record, 1881, N.-York.
Coe (.H-C.). — New-York med. Journal, 15 mai 1886.
De Sinety. — Traité prat. de gynécol., 2e éd., Paris, 1884.
— — Progrès médical, 1882 (Nos 31 et 32).
Dorff. — Bull. de Soc. Belge de Gyn. et d'Obst., 1901, XII.
Dreyfous. — Bull. Soc. anat., 20 avril 1877.
Delbet (P.). — Bull. de Soc. anat. de Paris, 1888.
— — Des supp. pelv. chez la femme, 1891.
Danopoulos. — Lymphangite utérine. Th. Paris, 1882.
D'Orticos. — Diagn. des phlegmasies péri-ut. Th. Paris, 1878.
Dudley. — Diseases of Women Gynecology, 1900.

[1] Les auteurs qui ne sont pas cités dans cette bibliographie sont mentionnés dans le courant du texte, en notes, au bas des pages.

Delort. — Adéno-lymp. péri-ut. Th. Paris, 1879.
Forster-Scott, — The Amer. Journal of. Obst. 1894.
Gozard. — Lymphadénite péri-ut. Th. Paris, 1878.
Guérin (Alph.).— France médicale, 1876, n° 1.
— — Bull. de l'Ac. de méd., 1887.
— — Cliniques chirurgicales.
Hermann (Ernest). — Diseases of Women, 1899.
Imrie. — Ann. of. Gynéc. et Obst., 1884. Boston.
Kraus. — Presse médicale, 1903, n° 35.
Lucas-Championnière. — Thèse de Paris, 1870.
— — Arch. de Tocologie, 1875, tom. II,
— — Société de Chirurgie, 1888, pag. 927.
— — Journal des Praticiens, 1902, XVI.
Lauvers. — Abcès ovarique. Soc. Belge de Gynéc. Brux., 1901.
Léopold. — Arch. für Gynecol., 1873.
Mary. — Adénolymphite péri utérine. Th. Paris, 1877.
Mauger, — Ovarite suppurée. Th. Paris, 1901.
Montprofit. — Thèse de Paris, 1888.
Mundé. — Amer. Journal of Obst., 1883.
Naudin. — Thèse de Paris, 1885.
Macquart-Moulin. — Thèse de Paris, 1892.
Pozzi. — Traité de Gynécologie et Bull. Soc. Ch. 1886.
Poirier. — Progrès méd. (1889, n° 47-51 et 1890, n^os^ 2-4).
Puls. — Pelvic. Suppuration. Ann. Gyn. N.-York, 1902.
Raffray. — Thèse de Paris, 1894-1895.
Rosthorn. — Thèse de Billroth. Stuttgard, 1891.
Reymond. — An. Path. et Bact. des Salp. Ov. Th. Paris, 1895.
Quenu. — Bull. méd. 1888, n° 100, pag. 1645.
Siredey. — Thèse de Paris, 1860.
Schwartz. — Soc. Obst. Gynéc. (Presse méd. 1903. n° 33).
Thibault. — Salpingite blennorr. Th. Paris, 1890.
Trélat. — Semaine médicale, 4 juillet 1888.
Terrillon. — Salpingites et Ovarites, Paris, 1891.
Vanderhaguen. — Thèse de Paris, 1894.
Willie. — The American Journ. of. Obst. Mars, 1891.
Waldo. — Ann. of Obstétrique, 1890.
Walton. — Acad. Royale de méd. de Belg. 1888.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers Condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.